

## **Teil B**

# **Die regionale psychiatrische Grundversorgung für Erwachsene einschließlich alter Menschen**

### Übersicht

- B.1 Das Regionale Zentrum für Seelische Gesundheit
- B.2 Ambulante und mobile Dienste auf Bezirksebene
- B.3 Komplementäre Dienste und Einrichtungen sowie Selbsthilfeorganisationen

## **Übersicht zu „Die regionale psychiatrische Grundversorgung für Erwachsene einschließlich alter Menschen“**

In den Teilen B und C werden die hier vorgeschlagenen psychiatrischen Versorgungsstrukturen beschrieben, wobei die sukzessive Beschreibung von konkreten Diensten und Einrichtungen im Vordergrund steht. Die notwendige Vernetzung, die ja für den personenzentrierten Ansatz essenziell ist, muss immer mitgedacht werden. Sie wird hier nur gelegentlich thematisiert und in Kapitel 1 ausführlich besprochen.

Die Unterteilung in einen Teil B „Die regionale psychiatrische Grundversorgung für Erwachsene einschließlich alter Menschen“ und einen Teil C „Die überregionale psychiatrische Spezialversorgung“ ist aus pragmatischen Gründen getroffen worden - bei der „Grundversorgung“ und der „Spezialversorgung“ handelt es sich ja keineswegs um völlig getrennte, sondern um sich in vielfacher Weise überlappende Versorgungsaufgaben. Aus Übersichtlichkeitsgründen wurde jedoch diese Aufteilung gewählt.

Auch die Unterteilung des Teils B in die drei großen Kapitel

- B.1 Das Regionale Zentrum für Seelische Gesundheit
- B.2 Ambulante und mobile Dienste auf Bezirksebene
- B.3 „Komplementäre“ Dienste und Einrichtungen sowie Selbsthilfeorganisationen

wurde willkürlich getroffen und beruht nicht auf rein logischen Aspekten.

Im Bereich der psychiatrischen Grundversorgung existieren zahlreiche gewachsene Versorgungsstrukturen. Je nachdem, welche Dimensionen man zur Beschreibung und Klassifikation dieser Dienste und Einrichtungen heranzieht, ergeben sich unterschiedliche Einteilungsschemata. So könnten die Dienste und Einrichtungen etwa nach der Dimension der Versorgungsmodalität in „stationäre/teilstationäre vs. ambulante/mobile“ Angebotsstrukturen eingeteilt werden, oder nach der leistungsrechtlichen bzw. ökonomischen Zuständigkeit in die Bereiche „Gesundheit vs. Soziales“. Differenziert man die Dienste und Einrichtungen hinsichtlich der Komplexität des Unterstützungsbedarfes der Leistungsempfänger, kann zwischen psychiatrischen Standardbehandlungsleistungen und Komplexleistungen unterschieden werden.

**Kapitel B.1 „Das Regionale Zentrum für Seelische Gesundheit“** umfasst im Sinne der psychiatrischen Grundversorgung für die Bevölkerung jeder Psychiatrieregion die stationäre und tagesklinische psychiatrische Behandlung sowie den Krisendienst. Die stationäre psychiatrische Grundversorgung der niederösterreichischen Bevölkerung soll in Zukunft in sieben Regionen (mit jeweils rund 150.000 bis 300.000 EinwohnerInnen), in jeweils einer eigenen psychiatrischen Abteilung erfolgen. Damit wird das Prinzip der lebensfeldzentrierten Versorgung auch für die aufwändigste Form der Versorgung, die der stationären Behandlung, realisiert.

Die in dieser Regionalisierung zum Ausdruck kommende Zielrichtung der „Lebensfeldzentrierung“ erfordert einerseits, und ermöglicht andererseits - zusätzlich zu den stationären - auch intermediäre Versorgungsformen. Deshalb betrifft das Kapitel B.1 nicht nur psychiatrische Bettenabteilungen sondern auch - als prototypische intermediäre Einrichtung - Tageskliniken und schließlich auch einen psychiatrischen Not- und Krisendienst der im folgenden "Krisendienst" genannt wird. Beide können als von einer stationären Einrichtung in das Lebensfeld hinauswirkende Versorgungskomponenten betrachtet werden, die zum einen zur Verhinderung unnötiger stationärer Aufenthalte beitragen (Tagesklinik, Krisendienst) und zum anderen stationäre psychiatrische Aufenthalte verkürzen bzw. die Rückkehr in den Alltag erleichtern können (Tagesklinik).

Unter dem Titel „Regionales Zentrum für Seelische Gesundheit“ sind deshalb diese drei Komponenten zusammengefasst. Dies ist nicht nur aus Funktionalitätsgründen richtig, sondern, im Falle von stationärer und tagesklinischer Behandlung, auch aus Planungs- und Finanzierungsgründen: Die „Bettenmessziffer“ im österreichischen Krankenanstaltenplan beinhaltet Betten und Tagesklinikplätze (die als gemeinsame Größe eine bestimmte Grenze nicht unter- bzw. überschreiten dürfen). Außerdem ist mit 1. Jänner 2002 die psychiatrische tagesklinische Behandlung Bestandteil des LKF-Systems geworden. Der Krisendienst ist finanzierungstechnisch getrennt zu sehen. Anzustreben ist, wie in der vorliegenden Evaluation des NÖP95 überall deutlich wird, eine gemeinsame regionale Finanzierung für sämtliche psychiatrische Leistungen (für stationäre, teilstationäre, ambulante, telefonische und mobile Leistungen; ebenso wie für Gesundheits- und Sozialleistungen).

Im **Kapitel B.2 „Ambulante und mobile Dienste auf Sektorebene“** werden Versorgungsleistungen beschrieben, die auf ambulanter, telefonischer oder mobiler Basis erbracht werden (mit Ausnahme des regional organisierten Krisendienstes im Rahmen des

RZSG) und in jedem Bezirk vorhanden sein sollen. Auch in diesem Kapitel ist die Unterteilung nicht nach einem einzigen logischen Prinzip möglich, da auch hier gewachsene historische Strukturen, besonders aber die Rechte und Aufgabengebiete von verschiedenen professionellen Gruppen, mitzubersichtigen waren. Hier wurde, wie bereits in Kapitel B.1, eine pragmatische Einteilung, die im Wesentlichen an den relevanten Berufsgruppen bzw. Diensten ausgerichtet ist, gewählt. Es ist jedoch wichtig, bereits hier festzustellen, dass Tätigkeiten von bestimmten professionellen Gruppen in mehreren Rollen möglich sein sollen - nicht nur aus Gründen der optimalen Nutzung von Personal in den eher dünn besiedelten ländlichen Gegenden, sondern auch aus psychohygienischen Gründen für die professionellen Helfer und schließlich auch deshalb, damit auch andere Dienste und Einrichtungen, als jeweils die für die eigene Berufsgruppe spezifischen, kennen gelernt werden können. So sollte es z.B. möglich sein, dass niedergelassene PsychiaterInnen auch im PSD, im Krisendienst, oder als KonsiliarpsychiaterIn in Krankenanstalten und Wohneinrichtungen für psychisch Kranke mitarbeiten; Krankenhauspflegepersonal könnte auch im Krisendienst und im PSD tätig sein.

Im **Kapitel B.3 „Komplementäre“ Dienste und Einrichtungen** werden schließlich jene grundlegenden Versorgungsaspekte behandelt, die die Lebensbereiche „Selbstversorgung und Wohnen“, „Tagesstrukturierung und Kontaktfindung“ sowie „Arbeit und Ausbildung“ betreffen. Wenngleich für dieses Kapitel - in Anlehnung an die Begrifflichkeit des NÖP95 - die traditionelle Bezeichnung „Komplementäre Dienste und Einrichtungen“ übernommen würde, soll anhand der Ergänzung durch die drei funktionalen Versorgungsbereiche und der formulierten Inhalte ein Paradigmenwechsel deutlich werden. Es wird nun nicht mehr empfohlen, in jeder Region eine Palette an Diensten und Einrichtungen für die Versorgung verschiedener Zielgruppen vorzuhalten. Vielmehr sollen die Unterstützungsleistungen im Einzelfall dem individuellen Bedarf laufend angepasst werden und so weit als möglich im privaten Lebensfeld erbracht werden. Dem empfohlenen Konzept der personenzentrierten Hilfen liegt ein funktionales Modell zugrunde, in dem die im Einzelfall notwendigen Unterstützungsleistungen aus den Bereichen „Selbstversorgung und Wohnen“, „Tagesstrukturierung und Kontaktfindung“ sowie „Arbeit und Ausbildung“ zu individuell maßgeschneiderten Komplexleistungsprogrammen gebündelt werden. Diese Dienste und Einrichtungen sollen im Prinzip auf Bezirksebene angeboten werden.

## **Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995**

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

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

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

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

*Diese Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Typen von Einrichtungen, sowohl für das Personal als auch für die Patienten, bedeutet nicht nur eine verbesserte Kontinuität in der Betreuung für den Patienten und seine Familie - eine der Leitlinien dieses Psychiatrieplanes - sondern hat auch verschiedene andere Vorteile. Zum einen fördert eine regionale Zuständigkeit für ein bestimmtes, kontinuierlich arbeitendes Team das Kennenlernen des spezifischen Lebenskontextes in dem jeweiligen Sektor, was für das Verständnis von Entstehung und Verlauf psychischer Krankheit wichtig ist. Zum anderen bedeutet eine Zuständigkeit für mehrere Typen von Diensten auch ein wichtiges Moment der Vermeidung eines "Burnout-*

*Syndroms", wie es in der psychiatrischen Versorgung so häufig ist. Es hat sich gezeigt, dass das gleichzeitige Arbeiten in verschiedenen Settings zur Prävention dieses Burnout-Syndroms beitragen kann.*

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

## Evaluation 2003

Diese Feststellungen im NÖP95 gelten im Wesentlichen auch im Jahr 2003. Die Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung verfolgt die Absicht, jeder Person in Niederösterreich in einer zumutbaren geographischen Entfernung alle benötigten

- ambulanten, mobilen, teilstationären, stationären und „komplementären“ psychiatrischen Versorgungsleistungen
- für sämtliche psychiatrischen Krankheitsbilder
- für jeden Schweregrad
- für jedes Krankheitsstadium und jede Verlaufsform (akut, episodisch, chronisch)
- unabhängig von Krankheitseinsicht und Compliance

zur Verfügung zu stellen.

Die damit definierte regionale Versorgungsverpflichtung bedeutet, dass eine psychisch erkrankte Person, wenn sie dies wünscht bzw. dies laut Unterbringungsgesetz UbG notwendig ist, in ihrer Region behandelt werden muss (sie also nicht in andere Regionen „abgeschoben“ werden darf). Die Psychiatrieregionen sind somit verpflichtet, die erforderlichen Versorgungsleistungen vorzuhalten und im Einzelfall zu erbringen. Das bedeutet aber nicht, dass eine Person - wenn sie dies wünscht - nicht auch außerhalb ihrer Region behandelt werden kann.

Ausgenommen von der streng regionalen Organisation der Versorgung sind laut dem vorliegenden Plan nur die Bereiche „stationäre und teilstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie“, „stationäre und teilstationäre Alkoholentwöhnung“, „stationärer Drogenentzug“ sowie „stationäre Psychotherapie“. Für diese Spezialgebiete sind aus Gründen einer spezifischen Problematik Spezialeinrichtungen notwendig, die für mehrere Regionen gemeinsam, d.h. überregional vorgehalten werden müssen. Da damit das Prinzip der leichten Erreichbarkeit abgeschwächt wird, wurde die Zahl dieser Spezialgebiete möglichst gering gehalten (s. Teil C dieses Berichtes).

Übersichtlich zusammengefasst kann die regionale psychiatrische Grundversorgung wie folgt zusammengefasst werden:

Für jede Psychiatrieregion sollen für Erwachsene einschließlich alter Personen mit psychischen Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen zur Verfügung stehen

- a) ein Regionales Zentrum für Seelische Gesundheit (RZSG) mit einer psychiatrischen Bettenabteilung (vorzugsweise an einem Allgemeinkrankenhaus), mit Tageskliniken und einem psychiatrischen Krisendienst;
- b) ambulant und mobil tätige psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Dienste in jedem politischen Bezirk;
- c) „Komplementäre“ Dienste und Einrichtungen in jedem Bezirk zur Unterstützung in den Bereichen „Selbstversorgung und Wohnen“, „Tagesstruktur und Kontaktfindung“ sowie „Arbeit und Ausbildung“.

Die spezialisierte stationäre und teilstationäre Versorgung von kinder-/jugendpsychiatrischen Patienten, von Patienten die einen stationären Drogenentzug bzw. eine stationäre oder teilstationäre Alkoholentwöhnung benötigen, und für Patienten mit Bedarf an stationärer Psychotherapie wird hier nicht behandelt; sie soll jeweils für mehrere Psychiatrieregionen gemeinsam stattfinden (siehe Teil C).

ad a) Das RZSG für die psychiatrische Grundversorgung der Bevölkerung jeder Psychiatrieregion besteht aus

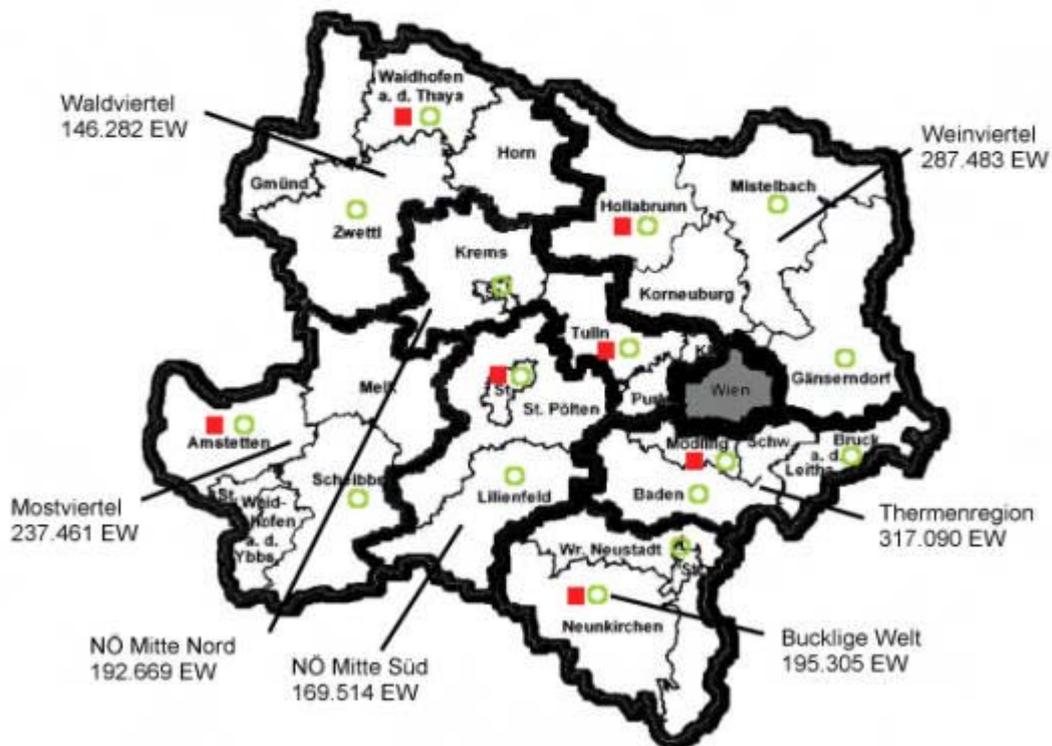
- Krankenhausbetten an psychiatrischen Abteilungen vorzugsweise an Allgemeinkrankenhäusern (einschließlich Unterbringungsfunktionen)
- Tagesklinikplätzen (geografisch auch disloziert, aber funktionell integriert )
- einem Krisendienst, der telefonische, ambulante und mobile Tätigkeiten beinhaltet und nachts sowie an Wochenenden und Feiertagen zuständig ist<sup>15</sup>.

Das RZSG mit seinen drei Komponenten ist als Einrichtung zu verstehen, die immer dann aktiv wird, wenn Erwachsene einschließlich alter Personen, eine akute psychische Erkrankung weder selbstständig noch mit den in den Bezirken tätigen ambulanten und mobilen Diensten bewältigen können und wenn diese Personen eine Behandlung durch das RZSG in Anspruch nehmen wollen bzw. wenn eine Unterbringung nach dem Unterbringungsgesetz UbG angezeigt ist.

Die vorgeschlagenen Standorte (Bezirke) für bettenführende Abteilungen und für funktionell verbundene (zum Teil dislozierte) Tageskliniken sind wie folgt (Abbildung 1):

**Abbildung 1**

- Psychiatrische Abteilungen in den Bezirken Hollabrunn, Mödling, Neunkirchen, Tulln, St.Pölten, Amstetten, Waidhofen/Thaya
- Psychiatrische Tageskliniken in den Bezirken Hollabrunn, Mistelbach, Gänserndorf; Mödling, Baden,Bruck/Leitha; Neunkirchen, Wr.Neustadt; Tulln, Krems; St.Pölten, Lilienfeld; Amstetten, Scheibbs; Waidhofen/Thaya, Zwettl



ad b) Ambulante und mobile Dienste auf Bezirksebene beinhalten

- niedergelassene FachärztInnen für Psychiatrie
- psychiatrische Konsiliardienste an nicht-psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und in betreuten Wohneinrichtungen
- Psychosoziale Dienste, die ambulant und mobil tätig sind und tagsüber unter der Woche auch für Kriseninterventionen zuständig sind
- niedergelassene PsychotherapeutInnen und PsychologInnen
- niedergelassene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin

<sup>15</sup> An Werktagen soll der PSD diese Funktion übernehmen, wobei auch zu diesen Zeiten das RZSG auf jeden

- Beratungs- und Betreuungsdienste des Gesundheits- und Sozialwesens ohne spezifisch psychiatrische Ausrichtung

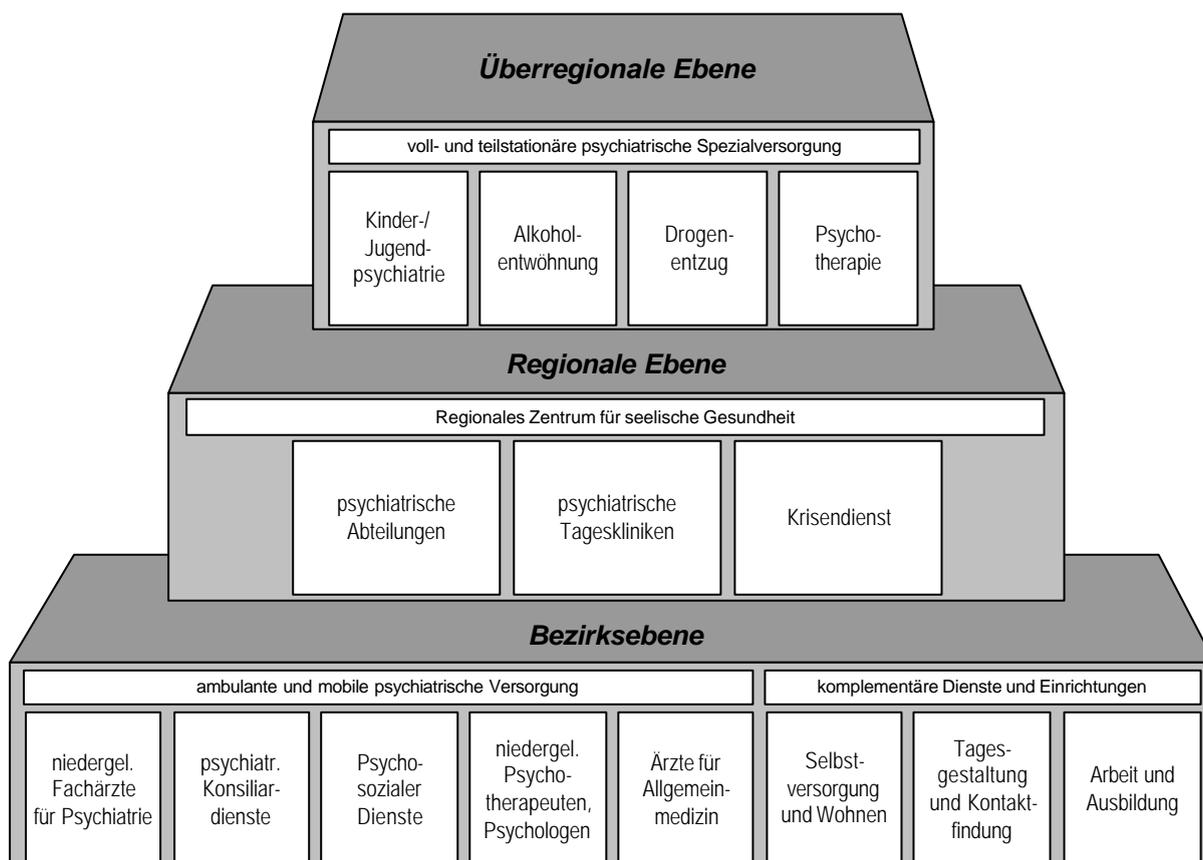
ad c) Komplementäre Dienste und Einrichtungen auf Bezirksebene beinhalten

Unterstützungsleistungen in den Funktionsbereichen

- Selbstversorgung und Wohnen
- Tagesgestaltung und Kontaktfindung
- Arbeit und Ausbildung

Abbildung 2 gibt einen Überblick über die spezifisch psychiatrischen Versorgungsangebote in den NÖ Bezirken, sowie auf der regionalen und überregionalen Ebene.

**Abbildung 2**



Die in jeder Region, d.h. auf der Bezirks- und Regionsebene angebotenen Dienste und Einrichtungen müssen folgende Bedürfnisse abdecken:

- ambulante und ggf. mobile (Hausbesuche) psychiatrische Versorgung
- psychiatrische Konsiliarversorgung an nicht-psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern und in betreuten Wohneinrichtungen
- ambulante und ggf. mobile (Hausbesuche) spezielle therapeutische Behandlung (Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, ...)
- ambulante und mobile Leistungen zur Erstellung, Koordination und Abstimmung individueller Behandlungs- und Rehabilitationspläne im Sinne eines intensiven Case-Managements für Personen mit komplexem Unterstützungsbedarf
- Unterstützung und Betreuung in den Funktionsbereichen „Selbstversorgung und Wohnen“, „Tagesgestaltung und Kontaktfindung“ sowie „Arbeit und Ausbildung“
- telefonischer, ambulanter und mobiler Krisendienst rund um die Uhr
- voll- und teilstationäre Behandlung in bzw. in Verbindung mit psychiatrischen Krankenhausabteilungen

Für die genannten Bereiche gelten - sofern sie gegenwärtig bereits existieren – zumeist unterschiedliche Organisations-, Finanzierungs- und Rechtsgrundlagen, was die Koordination zwischen ihnen erschwert. Oftmals bestimmen finanzielle Anreizsysteme, welche Betreuung ein Patient de facto erhält, und es steht mehr die Angebotsorientierung statt das Prinzip der Bedürfnisorientierung des Patienten im Vordergrund.

In diesem Teil B wird auf die Frage der notwendigen Koordination zwischen Diensten und Einrichtungen nicht näher eingegangen - siehe dazu Kapitel D.1 - es werden hier vielmehr die wesentlichen Komponenten der genannten Dienste und Einrichtungen inhaltlich beschrieben und soweit wie möglich auch ziffernmäßig belegt.

Die folgende Darstellung der Dienste und Einrichtungen beginnt mit jenen, die auf der Ebene der Region vorgehalten werden müssen (*Kapitel B.1 - „Das Regionale Zentrum für Seelische Gesundheit“*), im Anschluss daran werden die ambulanten und mobilen Dienste mit und ohne spezifisch psychiatrische Ausrichtung, die auf der Ebene der einzelnen Bezirke angeboten werden, beschrieben (*Kapitel B.2 - „Ambulante und mobile Dienste auf Bezirksebene“*). Das *Kapitel B.3 - „Komplementäre Dienste“ und Einrichtungen sowie Selbsthilfeorganisationen*“ befasst sich schließlich mit den Unterstützungsangeboten in den Bereichen „Selbstversorgung und Wohnen“, „Arbeit und Ausbildung“ sowie „Tagesgestaltung und Kontaktfindung“ bzw. mit den Selbsthilfeaktivitäten der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

# **Teil B**

## **Kapitel 1**

### **Das Regionale Zentrum für Seelische Gesundheit**

Übersicht

Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995

Evaluation 2003

B.1.1 Vollstationäre Behandlung

B.1.2 Tagesklinische Behandlung

B.1.3 Krisendienst

## **Übersicht zu B.1 Das Regionale Zentrum für Seelische Gesundheit**

Das Regionale Zentrum für Seelische Gesundheit ist in gewisser Weise das Rückgrat der psychiatrischen Versorgung für jede der 7 Regionen. Es ist als Zusammenfassung aus mehreren Versorgungskomponenten konzipiert, die unter einer ärztlichen Leitung stehen sollten, allein schon um die Koordination zwischen den verschiedenen Komponenten sicher zu stellen. Es soll einerseits eine psychiatrische Bettenabteilung, andererseits Tageskliniken - sowohl am Standort der Bettenabteilung aber auch disloziert in der Region (allerdings organisatorisch mit der psychiatrischen Abteilung verbunden) - und schließlich einen Krisendienst umfassen.

In jeder der 7 Psychiatrieregionen soll es ein „Regionales Zentrum für Seelische Gesundheit“ (RZSG) geben, dessen Standort vorzugsweise mit dem eines Allgemeinkrankenhauses identisch sein sollte. Das RZSG besteht aus drei Komponenten:

- a) Psychiatrische Betten in einer eigenen psychiatrischen Abteilung für PatientInnen mit akut-psychiatrischen Problemen, einschließlich gerontopsychiatrischer PatientInnen sowie untergebrachter PatientInnen (UbG).
- b) Tagesklinikplätze am Bettenstandort sowie dislozierte Tageskliniken, die fachlich, personell, organisatorisch und in der Finanzierung mit der psychiatrischen Abteilung des Regionalen Zentrums für Seelische Gesundheit verbunden sind.
- c) Telefonischer, ambulanter und mobiler Krisendienst.

### **Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995**

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

- eine psychiatrische Akutbetten-Abteilung für alle akuten Aufnahmen (30 bis 50 Betten;  
inkl. UBG)
- eine Tagesklinik (15-20 Plätze) als Übergangseinrichtung zwischen

ambulanter/stationärer Versorgung (Krisenintervention) bzw. stationärer/ambulanter Versorgung (Rehabilitation)

- ein rund um die Uhr zur Verfügung stehendes Krisen-/Notfallteam (Psychiater und andere Berufsgruppen), das telefonisch, ambulant und mobil tätig ist
- eine reguläre ambulante Betreuung wird vom regionalen psychiatrischen Zentrum nicht angeboten, wenngleich der psychosoziale Dienst des Sektors, in dem das regionale psychiatrische Zentrum liegt, am Zentrum selbst lokalisiert sein könnte.

## Evaluation 2003

Das im NÖP95 Gesagte gilt im Wesentlichen auch im Jahr 2003.

Anstelle des im NÖP95 verwendeten Begriffes „Regionales Psychiatrisches Zentrum“ (RPZ) wird hier der Begriff „Regionales Zentrum für Seelische Gesundheit“ (RZSG) vorgeschlagen.

Der Begriff „Regionales Zentrum für Seelische Gesundheit“ ist zum einen atmosphärisch geeigneter als der Begriff „Regionales Psychiatrisches Zentrum“, da er das angestrebte Ziel (analog zu „mental health“ im Englischen) und nicht die Pathologie betont. Andererseits vermeidet er es nicht, den Aufgabenbereich spezifiziert zu benennen. Das „Regionale Zentrum für Seelische Gesundheit“ hat eine Versorgungsfunktion und –verpflichtung für Erwachsene einschließlich alter Personen, die eine akute psychische Erkrankung weder selbstständig noch mit den in den Bezirken vorhandenen ambulanten, mobilen und komplementären Komponenten des Versorgungssystems bewältigen können und die eine Behandlung durch das RZSG in Anspruch nehmen wollen, bzw. bei denen eine Unterbringung nach dem Unterbringungsgesetz (UbG) angezeigt ist.

Im Hinblick auf die personelle Organisation ist hervorzuheben, dass die Kontinuität und Durchlässigkeit zwischen den drei Komponenten des RSZG gewährleistet sein muss, dass also Personal sowohl stationär als auch tagesklinisch als auch im Krisendienst tätig werden soll. Die personelle Durchlässigkeit zwischen den Komponenten des RSZG würde es auch möglich machen, dass für Nachtdienste genügend ärztliches Personal zur Verfügung steht. Außerdem ist es psychohygienisch wichtig, dass professionelle Helfer im psychiatrischen Bereich gleichzeitig in verschiedenen Arbeitssituationen tätig sind.

Aus Sicht der PatientInnen sollte darauf geachtet werden, dass Fragmentierungen im therapeutischen Prozess möglichst vermieden werden, d.h. dass die voll- und teilstationären Komponenten des RZSG nicht als in sich geschlossene Bereiche angesehen werden, zwischen denen die Patienten wechseln und deren notwendige Konsequenz der Abbruch der therapeutischen Beziehungen wäre.

Es sollte daher jede psychiatrische Station bzw. jedes Department innerhalb des RZSG über vollstationäre und integrierte tagesklinische Behandlungsmöglichkeiten verfügen. Die oben skizzierte Flexibilisierung der personellen Organisation kann dazu beitragen, dass die

strategischen therapeutischen Bezugspersonen vom Anfang bis zum Ende der Klinikbehandlung konstant bleiben. Auch könnten stationäre und tagesklinische Patienten gemeinsam an spezifischen therapeutischen Gruppen teilnehmen, was etwa bei Entlassung von dem vollstationären in das tagesklinische Setting eine zusätzliche Sicherung der Kontinuität bedenken könnte. Aufnahmen sollten von Beginn an auf allen Stationen (Bettenstationen und Tagesklinik) bzw. mit beiden Behandlungssettings (vollstationär und integriert tagesklinisch) möglich sein, wobei eine vollstationäre Behandlung nur dann durchgeführt werden soll, wenn die tagesklinische Behandlung nicht indiziert ist. Das bedeutet, dass in einem tagesklinischen Setting nicht nur die rehabilitative, einem vollstationären Aufenthalt nachfolgende Behandlung, sondern auch die psychiatrische Akutbehandlung erfolgen kann. Zu den Dimensionen, nach denen über die Möglichkeit einer tagesklinischen Akutbehandlung entschieden werden sollte, zählen die aktuelle Stabilität/Instabilität der PatientInnen, die aktuelle Krankheitseinsicht und Compliance, die aktuellen persönlichen und sozialen Ressourcen im Lebensfeld, die Tragfähigkeit des familiären und sonstigen sozialen Umfeldes und der Verkehrsverbindung bzw. persönlichen Mobilität zwischen Wohnort und Behandlungsort.

Die hier erstellten Vorschläge für Dienste und Einrichtungen sind in jeder der sieben Psychiatrieregionen vorzuhalten, anders ausgedrückt: im gesamten Bundesland Niederösterreich sind diese Arten von Diensten und Einrichtungen siebenmal zu realisieren.

Für die Berechnung der Betten- und Tagesklinikplatzziffern waren neben den geografischen Zuständigkeiten und der entsprechenden Einwohnerzahl jeder Region die Vorgaben des österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes (ÖKAP/GGP) und das aktuell gültige System der leistungsorientierten Krankenhausaufstellungenfinanzierung (LKF) als Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Der ÖKAP/GGP 2001 sieht für die stationäre und tagesklinische Versorgung psychisch Kranker eine Messziffer von 0,3-0,5 Plätzen je 1000 Einwohner vor. Es wird dabei ausdrücklich festgestellt, dass Tagesklinikplätze im Rahmen der festgelegten Planbettenobergrenzen bzw. ausschließlich durch Umwidmung vollstationärer Kapazitäten einzurichten sind. Damit im Zusammenhang steht, dass psychiatrische Tagesklinikplätze seit dem LKF-Modell 2002 im LKF-System abrechenbar geworden sind. Nicht eingeschlossen im ÖKAP/GGP-Schlüssel sind derzeit Betten/Tagesklinikplätze für Kinder-/Jugendpsychiatrie, für Alkohol- und Drogenentwöhnung sowie für Psychotherapie. Inbegriffen sind hingegen Drogen- und Alkoholentzugsbetten.

Der telefonische, ambulante und mobile Krisendienst nachts sowie an Wochenenden und Feiertagen wurde aus organisatorischen Gründen ebenfalls regional konzipiert. Seine Finanzierung ist nicht so klar wie die der Betten und Tagesklinikplätze, da hier - neben Akutaufnahmen auf ein Bett oder auf einen Tagesklinikplatz und neben der in der psychiatrischen Krankenhausabteilung ambulant erbringbaren Notfallsintervention rund um die Uhr - auch mobile und telefonische Komponenten zu finanzieren sind. Hier wird eine Kooperation und Abstimmung des Krisendienstes im Rahmen des RZSG mit allen anderen Anbietern von medizinischen und psychiatrischen Not- und Kriseninterventionen in der Region vorgeschlagen.

# Teil B

## Kapitel 1.1

### Vollstationäre Behandlung im Rahmen des RZSG

Übersicht

Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995

Evaluation 2003

B.1.1.1 Zielgruppe

B.1.1.2 Aktuelle Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen

B.1.1.3 Aktuelle Versorgungslage

B.1.1.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung

- Messziffern und Standorte
- Exkurs: Planungsempfehlungen und Beschluss des Ständigen Ausschusses des NÖGUS vom 27.02.2003
- Funktionalität und architektonische Gestaltung der stationären Abteilung des RZSG
- Personelle Ausstattung
- Exkurs: Geschlechtsspezifische Aspekte

## **Übersicht zu B.1.1 „Vollstationäre Behandlung“ im Rahmen des „Regionalen Zentrums für Seelische Gesundheit“**

Im Bereich der vollstationären Behandlung kommt es bei Umsetzung der Planung zu den größten Veränderungen. An Stelle der beiden Landesnervenkliniken Gugging (heute Donauklinikum Gugging) und Mauer (heute Ostarrichiklinikum Amstetten) bzw. in deren Einzugsgebiet sollen in Zukunft - wie bereits an den Standorten Hollabrunn, Neunkirchen und Waidhofen/Thaya realisiert - psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern errichtet werden, in denen die stationäre psychiatrische Grundversorgung, im Wesentlichen die Akutversorgung, für Erwachsene einschließlich alter Menschen erfolgen soll. Für die stationäre (z.T. auch tagesklinische) Spezialversorgung der Bereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alkoholentwöhnung, Drogenentzug sowie Psychotherapie soll es davon getrennte überregionale Einrichtungen geben, die in Teil C dieses Berichtes behandelt werden.

Für das Weinviertel und die bucklige Welt sowie für das Waldviertel existieren, wie erwähnt, diese Abteilungen bereits (in Hollabrunn, Neunkirchen und Waidhofen an der Thaya). Für NÖ Mitte Nord soll in absehbarer Zeit am Donauklinikum Tulln eine psychiatrische Abteilung eröffnet werden. Für die Thermenregion ist dafür das „Thermenklinikum“ vorgesehen, wobei noch nicht geklärt ist, ob diese psychiatrische Abteilung an einem der beiden derzeitigen Standorte Mödling bzw. Baden oder an einem neuen Standort entstehen soll. Ebenfalls vorgesehen ist eine stationäre psychiatrische Abteilung am Krankenhaus St. Pölten. Für das Mostviertel wird vom Projektteam der Standort am Allgemeinen Krankenhaus Amstetten bevorzugt, jedoch scheint die Entwicklung in Richtung des Verbleibens dieser Abteilung an der Landesnervenklinik Mauer zu gehen.

Seit dem ÖKAP/GGP 2001 gilt die „Bettenmessziffer“, die mit 0,3 bis 0,5 je 1.000 EinwohnerInnen festgelegt wurde, für „psychiatrische Betten einschließlich Tagesklinikplätze“. Die Anzahl psychiatrischer Betten pro Region muss deshalb immer im Zusammenhang mit der Anzahl von Tagesklinikplätzen gesehen werden. In dem hier vorliegenden Bericht werden deswegen nur Gesamtmessziffern für Betten einschließlich Tagesklinikplätzen genannt, wobei jeweils eine Unter- und eine Obergrenze eingegeben ist. In welchem Umfang psychiatrische Betten errichtet werden, wird den lokalen Gegebenheiten und Rahmenbedingungen überlassen. Bei der Umlegung des Schlüssels von 0,3 bis 0,5

Betten/Tagesklinikplätzen je 1.000 EinwohnerInnen ergibt sich für Niederösterreich insgesamt eine Zahl von 434 bis 743<sup>16</sup>.

### **Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplandes 1995**

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

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

*Für die sieben Psychiatrieregionen wurden folgende Bettenzahlen vorgeschlagen:*

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

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

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

---

<sup>16</sup> Laut Beschluss des Ständigen Ausschusses vom 27.02.2003 sind für NÖ 305 akutpsychiatrische Betten plus 30 Drogenentzugsbetten, sowie 290 Tagesklinikplätze, also insgesamt 625 psychiatrische Betten einschließlich Tagesklinikplätze vorgesehen.

*Das ärztliche Personal derartiger Abteilungen sollte aus betrieblichen Gründen (z.B. Journaldienste) etwa 10-12 Ärzte umfassen, was für die genannten Bettenzahlen (30-58 Betten) einen zu hohen Schlüssel ergeben würde. Es wird deshalb vorgeschlagen, das ärztliche Personal auch für die Erbringung ambulanter, mobiler und tagesklinischer Versorgungsleistungen einzusetzen, außerdem im Notfalldienst. Dies sollte bei einer neuen Finanzierungsstruktur - einheitliche Trägerschaft und einheitliches Management für die wichtigsten Dienste und Einrichtungen einer Region über die derzeitigen Institutionengrenzen hinweg - möglich sein. Diese Art des Personaleinsatzes gilt im übrigen auch für die anderen Personalgruppen.*

## **Evaluation 2003**

Die Evaluation 2003 bestätigt im Wesentlichen die Zielrichtung der Aussagen des NÖP95. 2003 war allerdings zu berücksichtigen, dass die Psychiatrieregionen neu definiert werden mussten und dass die LNK Gugging (jetzt Donauklinikum Gugging) bis 2007/2008 geschlossen wird, schließlich auch dass 1998 in Hollabrunn und 2000 in Neunkirchen und Waidhofen an der Thaya bereits psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern errichtet worden waren.

Erwähnenswert ist, dass für die neu definierten Psychiatrieregionen mit ihren zentralen Orten gilt, dass fast 95 % aller NiederösterreicherInnen die Bettenabteilung des RZSG im Individualverkehr innerhalb von 60 Minuten im Individualverkehr erreichen können.

### **B.1.1.1 Zielgruppe**

Die psychiatrischen Bettenabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern haben rund um die Uhr eine Aufnahmeverpflichtung für PatientInnen mit psychiatrischen Krankheitsbildern, die aus fachlichen Gründen einer solchen Aufnahme bedürfen. Dies ist unabhängig davon, ob ein Patient jung oder alt ist, ob er an einer psychischen Krankheit leidet, die unter ein Spezialgebiet fällt oder nicht, oder ob er nach dem Unterbringungsgesetz oder freiwillig aufgenommen wird.

Diese psychiatrischen Krankenhausbetten dienen nicht mehr, wie früher Betten in den psychiatrischen Großkrankenhäusern, der Dauerhospitalisierung von PatientInnen, die als nicht in der Lage eingeschätzt wurden, außerhalb einer Institution zu leben; sie dienen vielmehr der Akutbehandlung von PatientInnen mit psychiatrischen Krankheitsbildern ad hoc, die gerade wegen des akuten Zustandes und der fachlich zu definierenden Komplexität ihres Krankheitsbildes die „Unterstützung“ eines Krankenhausbettes und die komplexen medizinisch-psychiatrischen, diagnostischen und therapeutischen Leistungen benötigen, die in einem Krankenhaus erbracht werden können.

Hervorzuheben ist, dass die beschriebene Zielgruppe sich dadurch noch spezifisch definieren wird, dass am Standort der psychiatrischen Bettenabteilungen und auch disloziert in den jeweiligen Regionen Tageskliniken vorgeschlagen werden, deren Funktion es ist, PatientInnen, die ohne Tageskliniken vollstationär aufgenommen worden wären, zu

behandeln. Auf diese Fragestellung wird im Kapitel über die Tageskliniken näher eingegangen.

### **B.1.1.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen**

Laut ÖKAP/GGP 2001 hat sich der psychiatrische Betten-/Tagesklinikplatzschlüssel zwischen 0,3 und 0,5 je 1000 Einwohner zu bewegen, das sind 464 - 773 Betten/Tagesklinikplätze für ganz Niederösterreich (Gesamteinwohnerzahl 1.545.804 laut letztgültigem Stand vom 17.9.2002 der Volkszählungsdaten vom Mai 2001). Die Summe aus Betten und Tagesklinikplätzen darf also 464 nicht unter- und 773 nicht überschreiten. Nicht eingeschlossen in diese Messziffer sind kinder- und jugendpsychiatrische Betten/Tagesklinikplätze, Betten/Tagesklinikplätze für Alkohol- und Drogenentwöhnung sowie für stationäre/teilstationäre Psychotherapie. Betten für Alkohol- und Drogenentzug sind jedoch in der Bettenmessziffer enthalten.

Die Anzahl psychiatrischer Betten pro Region muss deshalb immer im Zusammenhang mit der Anzahl von Tagesklinikplätzen gesehen werden. In dem hier vorliegenden Bericht werden deswegen Gesamtmessziffern für Betten einschließlich Tagesklinikplätze genannt, wobei jeweils eine Unter- und eine Obergrenze angegeben ist. In welchem Umfang psychiatrische Betten errichtet werden, wird hier den lokalen Gegebenheiten und Rahmenbedingungen überlassen.

### **B.1.1.3 Aktuelle Versorgungslage**

In Tabelle 1 sind die derzeit vorhandenen stationären psychiatrischen Einrichtungen mit den Bettenzahlen aufgelistet (Juni 2003). Für die Akutversorgung sind dies neben den beiden Landesnervenkliniken Gugging (heute Donauklinikum Gugging: 184 Betten) und Mauer (heute Ostarrichiklinikum Amstetten) (100 Betten), die sozialpsychiatrischen Abteilungen an den Krankenhäusern Hollabrunn (seit Jänner 1998: 31 Betten), Neunkirchen (seit Juni 2000: 30 Betten) und Waidhofen an der Thaya (seit September 2000: 29 Betten). Insgesamt sind dies derzeit (Juni 2003) 374 psychiatrische Akutbetten. Auf die speziell gewidmeten Betten/Tagesklinikplätze (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alkoholentwöhnung und Drogenentzug, sowie stationäre Psychotherapie) wird hier nicht eingegangen. Diese Themen werden im Teil C „Die überregionale Psychiatrische Spezialversorgung“ behandelt.

**Tab. 1: Derzeit vorhandene stationäre psychiatrische Einrichtungen (inklusive Bettenzahlen) in Niederösterreich**

Krankenhaus <i>Adresse</i>	Abteilung	Systemisierte Betten (Anzahl)	allg.psych. Akutbetten (Anzahl)	psych. Spezialbetten (Anzahl, Widmung)	psych. Langzeitbetten (Anzahl, Widmung)
<b>Allgemein öffentliches Krankenhaus Hollabrunn</b> <i>Robert Löffler-Straße 20 2020 Hollabrunn</i>	Abteilung für Sozialpsychiatrie	31	31		
<b>Anton-Proksch - Institut<sup>17</sup>, Stiftung Genesungsheim Kalksburg</b> <i>Mackgasse 7-11 1237 Wien</i>	Genesungsheim Kalksburg – Frauenstation Klausenhof	60		60 (Alkoholentzug und - entwöhnung)	
	Genesungsheim Kalksburg – Männerstation	180		180 (Alkoholentzug und – entwöhnung)	
<b>Allgemein öffentliches Krankenhaus Neunkirchen</b> <i>Peischinger Straße 19 2620 Neunkirchen</i>	Sozial-Psychiatrische Abteilung	30	30		
<b>Donauklinikum – Standort Gugging</b> <i>Hauptstraße 2 3400 Maria Gugging</i>	Abteilung für Akut-Psychiatrie Aufnahme Süd, Abteilung für sozialpsychiatrische Rehabilitation B2	74	58 (Aufnahme Süd) 16 (B2)		
	Abteilung für Akut-Psychiatrie Aufnahme Nord	58	58		
	Abteilung für Gerontopsychiatrie	52	52		
	Abteilung für Forensik – Station 3	38		38 (Maßnahme §21/1)	
	Abteilung für Langzeitpsychiatrie – Station 1, Wohngruppe 2	56			40 (Station 1) 16 (Wohngruppe 2)
	<b>Donauklinikum – alle Abteilungen</b>		278	184	38

<sup>17</sup> Das Anton-Proksch-Institut hält für die Behandlung von Patienten aus NÖ insgesamt 60 Betten vor.

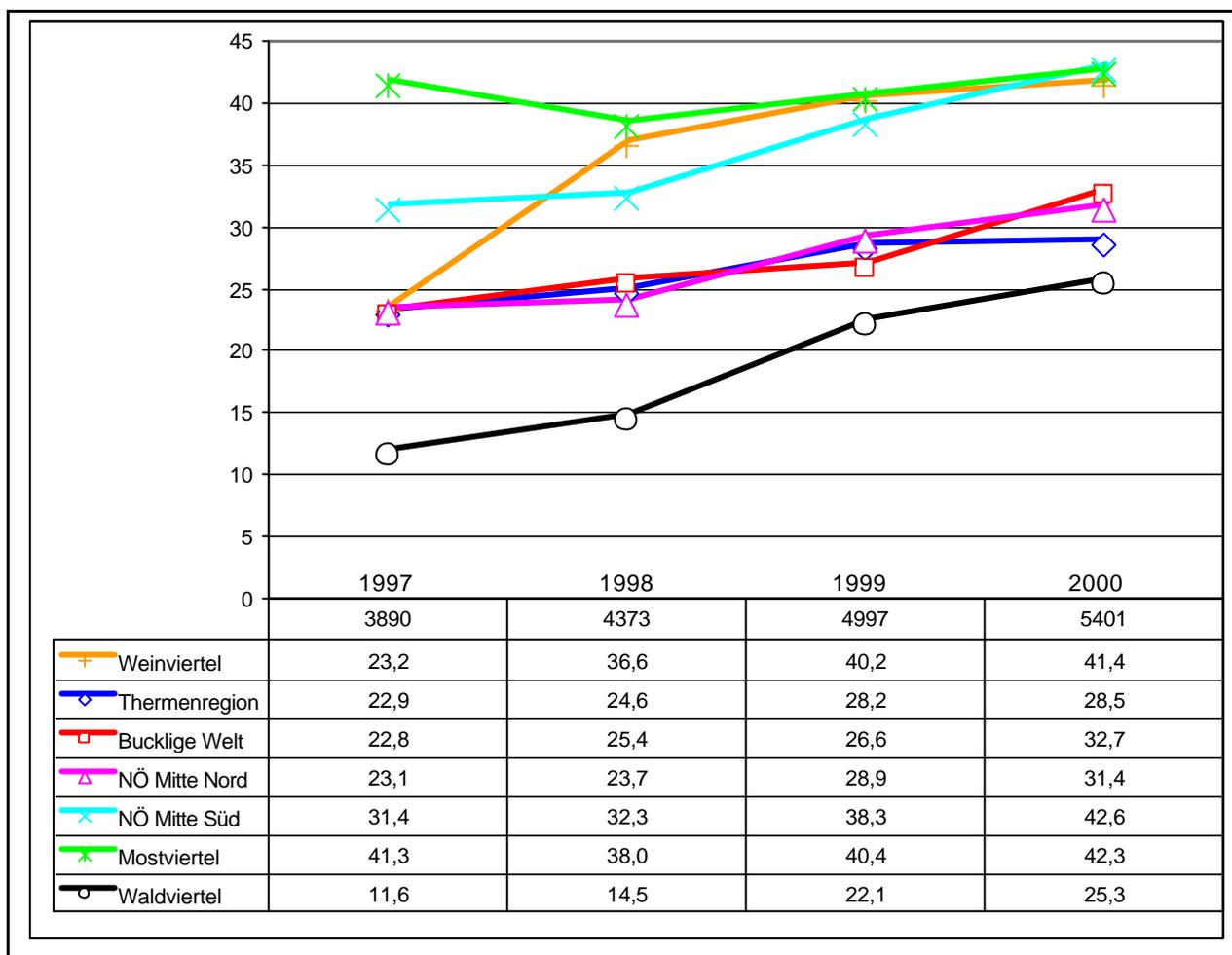
Krankenhaus	Adresse	Abteilung	Systemisierte Betten (Anzahl)	allg.psych. Akutbetten (Anzahl)	psych. Spezialbetten (Anzahl, Widmung)	psych. Langzeitbetten (Anzahl, Widmung)
<b>Ostarrichklinikum Amstetten</b>	3362 Mauer/Amstetten	Regionale Akutpsychiatrie – Pavillons 1 und 3	100	100		
		Alkohol-Therapiestation – Pavillon 5 (Psychiatrie 2)	28		28 (Alkoholentzug und -entwöhnung)	
		Drogenentzugsstation – Pavillon 9 (Psychiatrie 2)	15		15 (Drogenentzug)	
		Forensische Psychiatrie – Pavillon 3B (Psychiatrie 2)	15		15 (Maßnahme §21/1)	
		Kinder – und Jugendneuropsychiatrie – Pavillon 1A (Psychiatrie 2)	15		15 (10.-18. Lebensj.)	
		Psychosomatische Therapiestation (Psychiatrie 2)	17		17	
		Abteilung für Rehabilitation (Pavillons 11, 17) und Langzeitpsychiatrie (Pavillons 13, 15) (Psychiatrie 3)	92			40 (Rehabilitation) 52 (Langzeit)
		<b>NÖ LNK Mauer – alle Abteilungen</b>	<b>282</b>	<b>100</b>	<b>90</b>	<b>92</b>
<b>Allgemein öffentliches Krankenhaus Waidhofen an der Thaya</b>	Moritz-Schadek-Gasse 31 3830 Waidhofen an der Thaya	Waldviertler Zentrum für seelische Gesundheit	29	29		
<b>Waldviertelklinikum – Standort Eggenburg</b>		Abteilung für innere Medizin – Schwerpunkt Psychosomatik	30		30	

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der LNK Mauer betrug 1998 28,2 und 2001 21,0 Tage, in der LNK Gugging machte sie 1998 25,4 und 2001 26,3 Tage aus. In der sozialpsychiatrischen Abteilung Hollabrunn betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der während des ersten Betriebsjahres 1998 aufgenommenen psychiatrischen PatientInnen 13,4 Tage; im Vergleich dazu waren es 2001 18,5 Tage. Die Veränderung ist vermutlich dadurch erklärbar, dass im ersten Betriebsjahr noch viele PatientInnen auch weiterhin die Landesnervenklinik Gugging aufsuchten, bzw. untergebrachte PatientInnen in dieser Zeit nur in der Landesnervenklinik Gugging behandelt werden konnten. Seit dem Jahr 2000, seit die psychiatrische Abteilung am Krankenhaus Hollabrunn auch untergebrachte PatientInnen aufnimmt, hat sich deshalb das Bild etwas verändert und die Aufenthaltsdauer hat sich verlängert. Erfahrungswerte zeigen außerdem, dass sich an den psychiatrischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser (Hollabrunn, Neunkirchen, Waidhofen an der Thaya) das Diagnosespektrum mehr in Richtung Depression und Angststörungen verschoben hat, bei einer bezogen auf die zu versorgende Bevölkerung - insgesamt gestiegenen Aufnahme- und der schon diskutierten Verkürzung der Aufenthaltsdauer im Vergleich zur stationären Versorgung in den beiden Landesnervenkliniken.

In Abbildung 1 sind die Aufnahmen in stationäre psychiatrische Einrichtungen Niederösterreichs in den Jahren 1997 bis 2000 dargestellt, und zwar in Form von Raten bezogen auf je 10.000 Einwohner in den (geplanten) sieben Psychiatrieregionen.

Dabei zeigt sich über die Zeit ein leicht steigender Trend, bei erhalten gebliebenen deutlichen Unterschieden zwischen den einzelnen Psychiatrieregionen; diese Unterschiede waren 1997 allerdings viel größer als 2000. Die niedrigsten Aufnahme- und Raten hat das Waldviertel, deutlich höhere haben die Thermenregion, die Bucklige Welt und NÖ Mitte Nord, noch einmal höhere NÖ Mitte Süd und das Weinviertel; die höchsten Raten werden im Mostviertel gefunden. Interessant ist, dass im Mostviertel die Raten auf dem schon anfänglich sehr hohen Niveau über die Jahre konstant bleiben. Für das Weinviertel zeigt sich vom Jahr 1997 auf das Jahr 1998 eine deutliche Erhöhung, was mit der damals erfolgten Eröffnung der sozialpsychiatrischen Abteilung am Krankenhaus Hollabrunn zusammenhängen dürfte.

**Abb. 1: Aufnahmen in stationären psychiatrischen Einrichtungen Niederösterreichs 1997 bis 2000 aus den (geplanten) sieben Psychiatrieregionen (n= 18.661 in 4 Jahren) - Raten bezogen auf 10.000 der Bevölkerung**



Eine mögliche Interpretation der großen Unterschiede zwischen den Psychiatrieregionen ist, dass die Aufnahme rate umso größer ist, je leichter verfügbar ein psychiatrisches Krankenhausbett ist. Dies gilt besonders für das Mostviertel und NÖ Mitte Süd, für die die LNK Mauer verhältnismäßig leicht erreichbar ist, sowie für das Weinviertel mit der 1998 neu errichteten psychiatrischen Abteilung in Hollabrunn. Alle drei genannten Psychiatrieregionen liegen im Jahr 2000 mit über 40 Aufnahmen je 10.000 EinwohnerInnen deutlich vor den anderen 4 Psychiatrieregionen. Die Entwicklungen in der Buckligen Welt und im Waldviertel nach der Eröffnung der psychiatrischen Abteilungen in Neunkirchen und in Waidhofen an der Thaya konnten in dieser Auswertung nicht mehr berücksichtigt werden.

Unterbringungen nach dem UbG stiegen in den beiden früher sogenannten Landesnervenkliniken Gugging und Mauer in den 90er Jahren an und machten über ein Drittel aller Aufnahmen aus. Seit die psychiatrische Abteilung Hollabrunn die Versorgungspflicht auch einschließlich Unterbringungen für ihre Versorgungsregion übernommen hat, ist der Anteil untergebrachter PatientInnen konstant unter 10%.

#### **B.1.1.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung**

##### **Messziffern und Standorte**

Laut der ÖKAP/GGP-Messziffer für psychiatrische Betten/Tagesklinikplätze (0,3 bis 0,5 je 1000 EinwohnerInnen) stehen für ganz Niederösterreich zwischen 464 und 773 psychiatrische Betten/Tagesklinikplätze zur Verfügung. In diesen Messziffern sind gerontopsychiatrische Betten/Tagesklinikplätze sowie Betten für Drogenentzug<sup>18</sup> inkludiert. 30 Betten für Drogenentzug werden nur überregional angeboten und stehen nicht für die Regionalen Zentren für Seelische Gesundheit zur Verfügung. Somit verbleiben für die 7 Regionalen Zentren für Seelische Gesundheit 434 - 743 Betten/Tagesklinikplätze. Nicht inkludiert in der ÖKAP/GGP-Messziffer sind Betten/Tagesklinikplätze für Kinder-/Jugendpsychiatrie, für Alkohol- und Drogenentwöhnung sowie für Psychotherapie.

In Tabelle 2 sind die - nach Abzug von 30 Drogenentzugsbetten - verbleibenden 434 - 743 Betten/Tagesklinikplätze auf die 7 Psychiatrieregionen aufgeteilt. Wegen der schon beschriebenen Beziehung zwischen Betten und Tagesklinikplätzen sind in der Tabelle nicht nur Betten sondern auch Tagesklinikplätze und die Gesamtsummen enthalten.

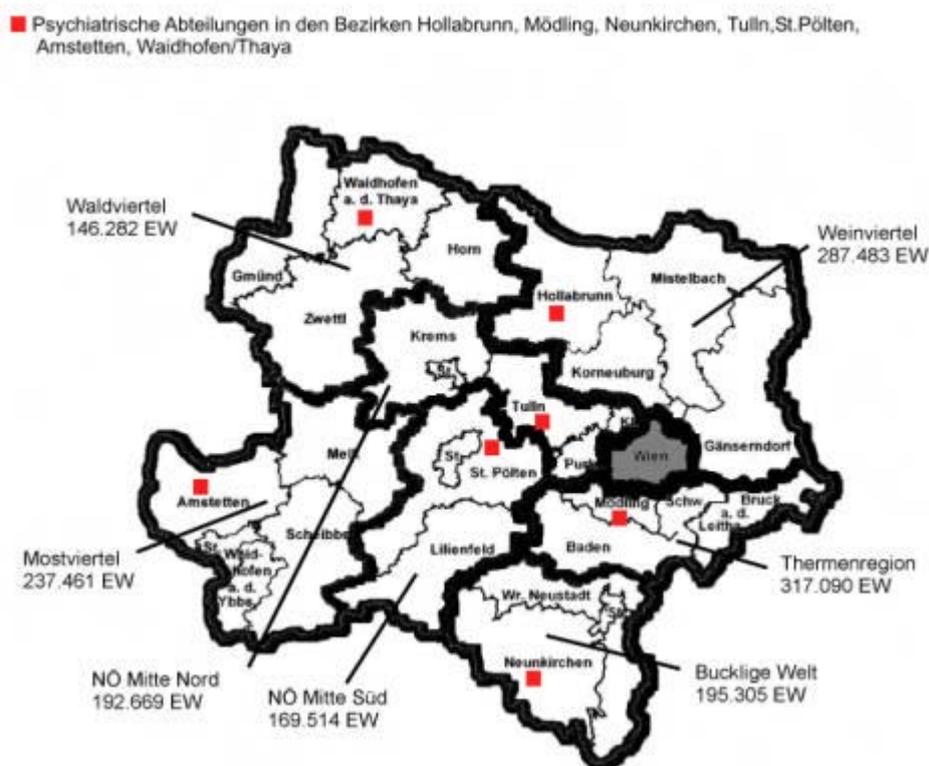
Die Tabelle enthält für jede der 7 Psychiatrieregionen

- a) die Einwohnerzahl für die Bezirke und Regionen
- b) die untere und obere Grenze der Betten-/Tagesklinikplatzzahlen lt. ÖKAP/GGP 2001
- c) den Rahmen der hier vorgeschlagenen Bettenzahlen (nach Abzug der Tagesklinikplatzzahlen)

- d) die vorgeschlagenen Tagesklinikplätzahlen
- e) die politischen Bezirke, für die Tageskliniken vorgeschlagen werden
- f) die Summe der Betten und Tagesklinikplätze

In Abbildung 2 sind die Bettenstandorte graphisch dargestellt.

**Abb. 2: Standortempfehlung (Bezirke) für die stationäre regionale psychiatrische Grundversorgung für Erwachsene einschließlich alter Menschen**



<sup>18</sup> Im Prinzip auch Betten für Alkoholentzug, jedoch ist die Zahl der dafür benötigten psychiatrischen Betten relativ gering, u.a. weil dafür auch internistische Betten verwendet werden.

**Tab. 2: Psychiatrische Betten/Tagesklinikplätze für Erwachsene einschließlich alter Menschen für 7 Regionale Zentren für Seelische Gesundheit (Annahme ÖKAP/GGP-Schlüssel 0,3 - 0,5/1000 EW minus 30 Drogenentzugsbetten)**

Hintergrunddaten				konkrete Empfehlungen				
5 Gesundheits-Regionen	7 Psychiatrieregionen	(a) EW pro Bezirk	EW pro Region	(b) ÖKAP/GGP 0,3-0,5	(c) Betten <sup>19</sup>	(d) <sup>20</sup> TKL-Plätze	(e) mögliche TKL-Standorte <sup>21</sup>	(f) Summe <sup>22</sup>
Weinviertel	<b>Weinviertel</b> Hollabrunn Korneuburg Mistelbach Gänserndorf WU Gerasdorf	50.070 67.981 72.726 88.475 8.231	287.483 (18,60%)	86-144	21-78 (50)	60 (45)	Hollabrunn ±20 Mistelbach ±20 Gänserndorf ±20	<b>81-138 (95)</b>
Industrieviertel	<b>Thermenregion</b> Mödling Bruck/Leitha WU Schwechat Baden	106.374 40.006 43.818 126.892	317.090 (20,51%)	95-159	29-92 (60)	60 (50-80)	Mödling ±20 Baden ±20 Bruck/Leitha ±20	<b>89-152 (110-120)</b>
	<b>Bucklige Welt</b> Neunkirchen Wr. Neustadt Stadt Wr. Neustadt Land	85.769 37.627 71.909	195.305 (12,63%)	59-98	15-54 (30-50)	40 (30-40)	Neunkirchen ±20 Wr. Neustadt ±20	<b>55-94 (70-80)</b>
NÖ Mitte	<b>NÖ Mitte Nord</b> Tulln WU Purkersdorf WU Klosterneuburg Krems Stadt Krems Land	64.600 25.152 24.797 23.713 54.407	192.669 (12,46%)	58-96	34-73 (60)	20 (30)	Tulln ±20 (Krems StA 27.02.02)	<b>54-93 (90)</b>
	<b>NÖ Mitte Süd</b> St. Pölten Stadt St. Pölten Land Lilienfeld	49.121 93.309 27.084	169.514 (10,97%)	51-85	28-62 (30)	20 (30)	St. Pölten ±20 (Lilienfeld StA 27.02.02)	<b>48-82 (60)</b>
Mostviertel	<b>Mostviertel</b> Amstetten Melk Scheibbs Waidhofen/Ybbs	109.183 75.287 41.329 11.662	237.461 (15,36%)	71-119	26-74 (60)	40 (40)	Amstetten ±20 Scheibbs ±20	<b>66-114 (100)</b>
Waldviertel	<b>Waldviertel</b> Waidhofen/Thaya Horn Zwettl Gmünd	28.197 32.400 45.635 40.050	146.282 (9,46%)	44-73	5-34 (30)	36 (30)	Waidhofen/Th. ±16 Zwettl ±20	<b>41-70 (60)</b>

<sup>19</sup> Die hier genannten Bettenzahlen sind regionsbezogen und nicht standortbezogen. Betten für Spezialversorgung sind hier nicht inkludiert. [So sind z.B. für die Region NÖ Mitte Nord zusätzlich zu den hier genannten psychiatrischen Bettenzahlen (34-73) noch Betten für Kinder-/Jugendpsychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik/Verhaltensmedizin (PPV) vorgesehen (siehe Teil C dieses Berichtes)]. In Klammer sind die Bettenzahlen angegeben, die sich in Beschlüssen des Ständigen Ausschusses des NÖGUS im Jahr 2003 finden.

<sup>20</sup> In Klammer sind die Tagesklinikplätze angegeben, die sich im Beschluss des Ständigen Ausschusses des NÖGUS vom 27.02.2003 finden.

<sup>21</sup> Die Tagesklinikgröße wird mit ±20 Plätzen angenommen (siehe Text), lediglich in Waidhofen/Thaya werden statt 4 Tagesklinikplätzen 4 zusätzliche Betten vorgeschlagen. Es können in der jeweiligen Region auch mehr Tagesklinikplätze geschaffen werden, jedoch kann der kombinierte Betten-/Tagesklinikplatzschlüssel die in der letzten Spalte (f) angegebenen Grenzwerte nicht überschreiten.

<sup>22</sup> Die Summen von 434-743 Betten/Tagesklinikplätzen (und die entsprechenden regionalen Summen in Spalte f) ergeben sich dadurch, dass im ÖKAP/GGP-Schlüssel auch Betten für akuten Drogenentzug enthalten sind. Die 30 für diesen Zweck am Standort Mauer vorgesehenen Betten mussten deshalb von der Gesamtzahl (Spalte b) von 464-773 abgezogen werden, bevor psychiatrische Betten/Tagesklinikplätze auf die 7 Psychiatrieregionen aufgeteilt wurden.

<b>Summe</b>	<b>1.545.804</b> (100%)	<b>464-773</b>	<b>158- 467</b> (320-340)	<b>276</b> (255-295)		<b>434-743</b> (595)
--------------	----------------------------	----------------	------------------------------	-------------------------	--	-------------------------

Exkurs: Planungsempfehlung dieses Berichtes und Beschlüsse des Ständigen Ausschusses des NÖGUS Im Jahr 2003

In Sitzungen des Ständigen Ausschusses des NÖGUS im Jahr 2003 wurden inzwischen bereits konkrete Zahlen beschlossen, die in Tabelle 2 in den Spalten c, d und f in Klammer hinzugefügt wurden. Damit ergeben sich für ganz Niederösterreich 320-340 Betten in sieben regionalen psychiatrischen Abteilungen sowie 255-295 Tagesklinikplätze an 16 Standorten (zusätzlich zu den in diesem Planungsgebiet vorgeschlagenen Standorten sind im Beschluss des Ständigen Ausschusses auch Tagesklinikplätze in Krems und Lilienfeld vorgesehen).

In Tabelle 3 sind für jede Psychiatrieregion die vom Ständigen Ausschuss festgelegten psychiatrischen Grundversorgungsbetten inklusive der Rate je 1.000 EinwohnerInnen, die entsprechenden Werte für die Tageskliniken und für die Gesamtanzahl von Betten und Tagesklinikplätzen wiedergegeben. Insgesamt erreicht damit Niederösterreich eine Rate von 0,385 je 1.000 EinwohnerInnen, was ziemlich genau in der Mitte zwischen dem von ÖKAP/GGP vorgeschlagenen Werten von 0,3 bis 0,5 liegt. Insgesamt werden damit 595 Betten und Tagesklinikplätze für Niederösterreich vorgeschlagen (zuzüglich 30 Drogenentzugsbetten). Dieser Wert von 595 teilt sich auf 305 Betten und 290 Tagesklinikplätze auf und entspricht einer Rate von 0,197 für Betten, was fast genau dem im NÖP95 vorgeschlagenen Wert von 0,2 entspricht, und 290 Tagesklinikplätze (0,188 je 1.000 EinwohnerInnen).

**Tab. 3: Betten und Tagesklinikplätze laut Beschluss des Ständigen Ausschusses des NÖGUS vom 27.02.2003**

	EW	Betten	Betten pro 1000 EW	TKL	TKL pro 1000 EW	Betten + TKL	Betten + TKL pro 1000 EW
<b>Weinviertel</b>	287.483	50	<b>0,174</b>	45	<b>0,157</b>	95	<b>0,330</b>
<b>Thermenregion</b>	317.090	60	<b>0,189</b>	50-60	<b>0,158-0,189</b>	110-120	<b>0,347-0,378</b>
<b>Bucklige Welt</b>	195.305	30-50	<b>0,154-0,256</b>	30-40	<b>0,154-0,205</b>	60-90	<b>0,307-0,461</b>
<b>NÖ Mitte Nord</b>	192.669	60	<b>0,311</b>	30	<b>0,156</b>	90	<b>0,467</b>
<b>NÖ Mitte Süd</b>	169.514	30	<b>0,177</b>	30	<b>0,177</b>	60	<b>0,354</b>
<b>Mostviertel</b>	237.461	60	<b>0,253</b>	40	<b>0,168</b>	100	<b>0,421</b>
<b>Waldviertel</b>	146.282	30	<b>0,205</b>	30	<b>0,205</b>	60	<b>0,410</b>

<b>NÖ gesamt</b>	1.545.804	320-340	<b>0,207-0,220</b>	255-275	<b>0,165-0,178</b>	595	<b>0,385</b>
------------------	-----------	---------	--------------------	---------	--------------------	-----	--------------

Die Gesamtraten von Betten und Tagesklinikplätzen variieren zwischen 0,330 im Weinviertel und 0,467 in NÖ Mitte Nord, liegen also in jedem Fall zwischen den beiden vom ÖKAP/GGP 2001 vorgegebenen Grenzen von 0,3 und 0,5.

Es wird hier eine klare Präferenz für die Standorte der stationären Komponente des Regionalen Zentrums für Seelische Gesundheit am Allgemeinkrankenhaus ausgesprochen. In der Sitzung des Ständigen Ausschusses vom 27.02.2003 wurde allerdings beschlossen, die akutpsychiatrische Versorgung für das Mostviertel in der Landesnervenklinik Mauer zu belassen, was von den Autoren des hier vorliegenden Berichtes nur als zweitbeste Lösung gesehen wird.

### **Funktionalität und architektonische Gestaltung der stationären Abteilung des RZSG**

Die architektonische Gestaltung der stationären Abteilung des „Regionalen Zentrums für Seelische Gesundheit“ ist ein wichtiger Aspekt der Qualitätssicherung der stationären psychiatrischen Grundversorgung (was im Übrigen auch für die tagesklinische Behandlung gilt - siehe unten). Im Wesentlichen sind diesbezügliche verschiedene „Spezialbedürfnisse“ für bestimmte PatientInnengruppen zu berücksichtigen.

Zunächst ist anzumerken, dass in der architektonischen Gestaltung der Bettenstationen darauf zu achten ist, dass gleichzeitig PatientInnen, die freiwillig aufgenommen sind, und solche, die untergebracht sind, an der gleichen Station behandelt werden, sodass entsprechende Vorkehrungen getroffen werden müssen, dass untergebrachte PatientInnen überwacht werden können ohne einen geschlossenen Bereich zu schaffen bzw. Stationen zuzusperren. Es entspricht heute nicht mehr dem „state of the art“, geschlossene Stationen zu führen. Im Sinne einer „freien Sperre“ könnte die architektonische Planung so vorgenommen werden, dass der Pflegestützpunkt direkt am Eingang/Ausgang der Station liegt. Die bisherigen Erfahrungen in der psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses Hollabrunn zeigen, dass der Anteil der untergebrachten PatientInnen unter zehn Prozent liegt.

Weiters ist bei der räumlichen Gestaltung auch zu berücksichtigen, dass Bereiche geschaffen werden sollten, die für unruhige und laute Patienten geeignet sind (einschließlich schwer

sedierbarer geistig behinderter Patienten mit psychotischen Episoden), sodass nicht der gesamte Stationsbetrieb darunter leidet.

Wegen der Integration der gerontopsychiatrischen Versorgung in das RZSG sind architektonische Mobilitätshilfen vorzusehen.

Weiters sind auch architektonische Vorkehrungen für Mutter-Kind-Aufnahmen sowie für geschlechts- und altersspezifische Rückzugsmöglichkeiten und für die Sicherung des Privatbereiches zu treffen. Schließlich sollten die Sanitäreanlagen geschlechtsspezifisch getrennt sein. Die geschlechtsspezifischen Aspekte werden im Exkurs weiter unten genauer dargestellt.

### **Personelle Ausstattung**

Es wird empfohlen, die personelle Ausstattung von stationären psychiatrischen Abteilungen unter Verwendung der deutschen Psychiatrie-Personalverordnung zu gestalten (Kunze, H. und L. Kaltenbach, Hrsg.: Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. Kohlhammer, Stuttgart 2003, ISBN 3170174940). Dabei muss berücksichtigt werden, welchen Anteil welcher Typ der stationären Versorgung in der jeweiligen psychiatrischen Bettenabteilung hat.

MitarbeiterInnen stationärer psychiatrischer Abteilungen sollten auch in anderen Typen psychiatrischer Dienste und Einrichtungen auf Teilzeitbasis tätig sein können, etwa in Tageskliniken, im PSD oder im psychiatrischen Not- und Krisendienst. Psychiater könnten zusätzlich auch als Konsiliarärzte in Allgemeinen Krankenanstalten ihrer Region und als Konsiliarärzte in Heimen tätig sein. Diese Mehrfachtigkeit empfiehlt sich einerseits aus Gründen der Personalflexibilität, andererseits aus psychohygienischen Gründen.

### **Exkurs: Geschlechtsspezifische Aspekte**

13. Ausgehend von der Leitlinie 1 (Personenzentrierung, Bedürfnisorientierung und Lebensqualität) der vorliegenden Evaluation des NÖP95 sind geschlechtsspezifische Sichtweisen und Konzepte auch in den Strukturen und Prozessen der Regionalen Zentren für Seelische Gesundheit zu verankern.

*Die Empfehlungen für eine gendergerechte, d.h. den unterschiedlichen Bedürfnissen weiblicher und männlicher PatientInnen Rechnung tragende psychiatrische Versorgung gliedern sich in die*

## Bereiche

- a. *Räumliche Gestaltung der Stationen*
- b. *Personalzusammensetzung und -einsatz*
- c. *Sichtweisen und Konzepte in Diagnostik und Therapie*
- d. *Geschlechtsspezifische Behandlungsangebote*
- e. *Kooperation und Vernetzung mit Einrichtungen und Diensten.*

### Ad a. Die räumliche Gestaltung der Stationen und Tageskliniken

*Im vollstationären Versorgungsbereich der Regionalen Zentren für Seelische Gesundheit wird die Einrichtung von räumlich getrennten Bereichen bzw. Einheiten für weibliche und männliche PatientInnen empfohlen. Im Idealfall sollten sich PatientInnen zwischen der Behandlung auf einer geschlechtshomogenen oder einer geschlechtsheterogenen Station bzw. Versorgungseinheit entscheiden können. Gemischtgeschlechtliche Stationen sollten über Räumlichkeiten verfügen, in denen sich PatientInnen zurückziehen können und unerwünschte Kontakte – unter anderem mit Angehörigen des anderen Geschlechts - vermeiden können. In diesem Zusammenhang ist besonders das Schutz- und Intimitätsbedürfnis von Frauen mit Misshandlungs- und/oder Missbrauchserfahrungen zu berücksichtigen. Für Mütter mit Säuglingen und Kleinkindern, z.B. im Falle postpartaler Depressionen oder Psychosen, sollten Mutter-Kind-Zimmer mit entsprechender Ausstattung vorgehalten werden. Ein weiterer zentraler Punkt ist die Wahrung der Intimsphäre durch getrennte Sanitäreanlagen und Umkleidebereiche für Männer und Frauen.*

### Ad b. Personalzusammensetzung und -einsatz

*Innerhalb der einzelnen Berufsgruppen ist eine Ausgewogenheit an weiblichen und männlichen MitarbeiterInnen im allgemeinen und in der täglichen Dienstplangestaltung anzustreben, um den PatientInnen die geschlechtsdifferenzierte Wahlmöglichkeit bei Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen anbieten zu können. Bereits in der Aufnahmesituation sollten sich PatientInnen entscheiden können, ob das Explorationsgespräch und die Erstuntersuchung durch weibliche oder männliche ÄrztInnen bzw. Pflegepersonen erfolgen soll. Bei allen nachfolgenden Behandlungsmaßnahmen sollte ebenfalls eine prinzipielle Wahlmöglichkeit für die PatientInnen gegeben sein, von MitarbeiterInnen welchen Geschlechts diese erbracht werden sollen. Insbesondere im Bereich der Körperpflege, der bei den PatientInnen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen von größerer Relevanz ist, ist auf die individuellen Bedürfnisse, Ängste, Schamgefühle, etc. Rücksicht zu nehmen. Hier sollten die entsprechenden Maßnahmen weitgehend von gleichgeschlechtlichen MitarbeiterInnen erbracht werden. Da das geschlechtsbezogene Rollenverhalten auch in einem hohen Ausmaß von den kulturellen Normen einer Gesellschaft geprägt wird, könnte eine ansatzweise interkulturelle Teamzusammensetzung einen wertvollen Beitrag zur psychiatrischen Versorgung von MigrantInnen leisten.*

### Ad c. Sichtweisen und Konzepte in Diagnostik und Therapie

*In der diagnostischen Einschätzung des individuellen Krankheitsgeschehens sollten neben der persönlichen Entwicklungsgeschichte und dem aktuellen Lebenskontext auch die Einflüsse der geschlechtsspezifischen Sozialisationsbedingungen und Rollenzuschreibungen auf die Pathogenese größtmögliche Berücksichtigung finden. Der Umstand, dass für Frauen und Männer in vielen Bereichen unterschiedliche biologische, psychische und soziale Bedingungen*

*und Normen gelten, sollte sich in der Beschreibung und Beurteilung von Erlebens- und Verhaltensweisen ebenso niederschlagen, wie in der Planung und Umsetzung therapeutischer Maßnahmen. In diesem Zusammenhang soll auf die Bedeutung eines kompetenten Umgangs mit Personen (insbesondere betrifft dies Frauen) die an Traumatisierungsstörungen leiden, hingewiesen werden.*

*Die Umsetzung geschlechtsspezifischer Sichtweisen und Konzepte setzt eine laufende Wissens- und Kompetenzerweiterung der MitarbeiterInnen voraus, die durch entsprechende Personalentwicklungsmaßnahmen (Fort- und Weiterbildung, Supervision, Intervision, etc.) gefördert werden sollte.*

#### Ad d. Geschlechtsspezifische Behandlungsangebote

*Bezugnehmend auf die spezifischen Lebens- und Krankheitserfahrungen von Frauen und Männern sollte die therapeutische Angebotspalette auch geschlechtsspezifische Programme umfassen, die den PatientInnen einen Zugang zu tabuisierten Themen und alternativem Rollenverhalten ermöglichen sollen. Personen, die an Krankheitsbildern bzw. Verhaltensweisen, die mit der Geschlechtszugehörigkeit korrelieren (z.B. Traumatisierungsstörungen, Essstörungen, selbstschädigendes Verhalten, etc.), leiden, sollten themenzentrierte therapeutische Angebote vorfinden. Das Angebot von gemischtgeschlechtlichen gruppentherapeutischen Angeboten setzt eine Sensibilisierung der MitarbeiterInnen für geschlechtsspezifisches Rollen- und Problemverhalten voraus, um z.B. bei sexueller Belästigung oder sozialer Unterdrückung von Patientinnen adäquat intervenieren zu können.*

#### Ad e. Vernetzung und Kooperation

*Für Patientinnen in psychischen Krisen nach einer Geburt sollte, wie bereits unter Punkt a. erwähnt, die Möglichkeit des Rooming-In gegeben sein, das heißt, dass die Mütter während ihres Aufenthalts im RZSG in Mutter-Kind-Zimmern versorgt werden können und die stationäre Versorgung nicht mehr, wie bisher, eine Trennung von Müttern und Kindern notwendig macht. In Fällen der gemeinsamen Aufnahme von Müttern mit psychiatrischer Indikation und ihren Kindern ist die Kooperation mit gynäkologischen bzw. pädiatrischen Abteilungen durch intensiviertere Konsiliartätigkeiten in beiden Richtungen angezeigt. Des weiteren müssen bei Frauen, für die eine Gefahr des Entzuges der Obsorge für ihr/e Kind/er besteht, bereits in der Phase der Akutbehandlung gezielte prozessbegleitende Maßnahmen einsetzen. Neben einer verstärkten Kooperation mit Angehörigen, Jugendämtern, Familienberatungsstellen, Sozialabteilungen, Rechtsvertretern, etc. ist eine spezifische therapeutische Unterstützung in dieser Belastungssituation angezeigt.*

*Für PatientInnen, bei denen eine stationäre psychiatrische Behandlung indiziert wäre bzw. eine Unterbringung laut UbG durchgeführt werden muss, bei denen ein Verlassen des Lebensfeldes aufgrund von Versorgungsaufgaben für Kinder und/oder pflegebedürftige Angehörige mit schwerwiegenden Problemen gekoppelt ist, sollten vom RZSG kurzfristig Unterstützungsleistungen (Familienhelferinnen, soziale Dienste, private Unterstützung durch Angehörige, Nachbarn, ...) im Lebensfeld organisiert werden.*

*Während des stationären Aufenthaltes, speziell im Zuge der Entlassungsvorbereitung sollten bei*

*der Auswahl von nachsorgenden Diensten und Einrichtungen auch die geschlechtsspezifischen Bedürfnisse der PatientInnen Berücksichtigung finden. So sind z.B. bei der gemeinsamen Suche nach niedergelassenen ÄrztInnen und TherapeutInnen, betreuten Wohnplätzen, Heimen, Beratungsstellen, etc. die individuellen Bedürfnisse auch im Hinblick auf die Geschlechtszugehörigkeit der professionellen LeistungserbringerInnen bzw. die geschlechtsspezifischen Einrichtungsstrukturen zu berücksichtigen. Darüber hinaus sollte auch die Vernetzung und Kooperation mit geschlechtsspezifischen sozialen und gesundheitsfördernden Diensten und Einrichtungen (Frauen-, Männerberatungsstellen, Frauenhäuser, Mutter-Kind-Zentren, geschlechtsspezifische Arbeitsprojekte, etc.) ein Bestandteil der individuellen Behandlungsplanung sein.*

# **Teil B**

## **Kapitel 1.2**

### **Tagesklinische Behandlung im Rahmen des RZSG**

Übersicht

Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995

Evaluation 2003

B.1.2.1 Zielgruppe

B.1.2.2 Aktuelle Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen

B.1.2.3 Aktuelle Versorgungslage

B.1.2.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung

- Messziffern und Standorte
- Transport
- Personelle Ausstattung
- Exkurs: Geschlechtsspezifische Aspekte

## Übersicht zu „B.1.2 Tagesklinische Behandlung im Rahmen des Zentrums für Seelische Gesundheit<sup>23</sup>“

Die tagesklinische Behandlung stellt eine intermediäre Behandlungsform zwischen einer rein ambulanten und einer rein stationären Versorgung dar. Im ÖKAP/GGP 2001 und im LKF-Modell 2002 sind Tagesklinikplätze konsequenterweise in die Bettenmessziffer miteinbezogen, die insgesamt – also die Summe zwischen Betten- und Tagesklinikplätzen – nicht unter 0,3 und nicht über 0,5 Betten/Tagesklinikplätze je 1.000 EinwohnerInnen liegen darf. Wie schon im Kapitel über die stationäre Behandlung diskutiert, sind Betten/Tagesklinikplätze für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alkohol- und Drogenentwöhnung sowie stationäre Psychotherapie in diesem Schlüssel nicht enthalten.

Tageskliniken können nach § 43a des NÖKAG *in* oder *in Verbindung mit* niederösterreichischen Fondskrankenanstalten errichtet werden, und sie sind dem stationären Bereich zugeordnet.

Hier wird vorgeschlagen, an jedem zentralen Ort (Hollabrunn, Mödling/Baden, Neunkirchen, Tulln, St. Pölten, Mauer/Amstetten, Waidhofen a.d. Thaya) der 7 Psychiatrieregionen, an dem auch eine stationäre psychiatrische Bettenabteilung vorhanden ist, eine Tagesklinik und zusätzlich weitere 7 dislozierte Tageskliniken zu errichten (Mistelbach, Gänserndorf, Bruck/Leitha, Baden, Wr. Neustadt, Scheibbs, Zwettl). Laut Beschluss des Ständigen Ausschusses des NÖGUS sollen auch in zwei weiteren Orten (Krems und Lilienfeld) psychiatrische Tageskliniken errichtet werden.

---

<sup>23</sup> Wir danken Herrn Prof. Dr. Johannes Wancata (Univ.-Klinik für Psychiatrie Wien) für Informationen, Texte und Anregungen zu diesem Kapitel.

## **Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatriepplanes 1995**

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

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

*In den Regionalen Psychiatrischen Zentren sollte neben den Betten auch je eine Tagesklinik mit 15-20 Plätzen - je nach Größe der Region - eingerichtet werden. Zwischen der Tagesklinik und der Bettenabteilung sollte ein enger organisatorischer Zusammenhang bestehen. Dieser sollte es einerseits ermöglichen, dass Patienten ohne administrative Schwierigkeiten zwischen beiden Einrichtungen wechseln können, andererseits sollte auch eine weitgehende personelle Identität gegeben sein, um auch hier das Prinzip der personellen Kontinuität ("unite des soins") verwirklichen zu können. Im Idealfall wäre das therapeutische Team an der Bettenstation identisch mit dem in der Tagesklinik. Eine Eigenart von Tageskliniken im ländlichen Bereich ist der relativ große Kostenanteil für den Transport der Betroffenen. Mit öffentlichen Verkehrsmitteln allein sind derartige Einrichtungen vermutlich nicht adäquat erreichbar.*

## **Evaluation 2003**

Geleitet durch die schon mehrfach angesprochene LKF-Verrechnungsmöglichkeit von psychiatrischen Tageskliniken und durch die international zunehmende Bedeutung von derartigen „intermediären“ Einrichtungen im Gesundheitswesen, wurde in der vorliegenden Evaluierung den Tageskliniken ein deutlich wichtigerer Stellenwert zugemessen als noch im NÖP95. Dieser hohe Stellenwert kommt dadurch zum Ausdruck, dass – in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Vorgaben – hier auch psychiatrische Tageskliniken vorgeschlagen werden, die zwar organisatorisch zur psychiatrischen Krankenhausabteilung im Regionalen Zentrum für Seelische Gesundheit ressortieren, aber geografisch disloziert und damit für die PatientInnen leichter zugänglich sind. Insgesamt wurden zunächst für ganz Niederösterreich 14 derartige psychiatrische Tageskliniken vorgeschlagen, sieben davon an den Regionalen Zentren für Seelische Gesundheit selbst und sieben disloziert. In der Sitzung des Ständigen Ausschusses des NÖGUS wurde am 27.02.2003 beschlossen, auch in Lilienfeld und Krems Tageskliniken zu errichten, so dass die Gesamtzahl der Tageskliniken 16 beträgt.

### **B.1.2.1 Zielgruppe**

Die traditionelle Funktion von Tageskliniken ist die der „Frührehabilitation“, mit der stationäre Aufenthalte abgekürzt und die PatientInnen in dieser „Übergangseinrichtung“ auf die Entlassung vorbereitet werden. Eine neue Funktion, die noch nicht so verbreitet ist wie die „Frührehabilitation“, ist die der akuten Intervention: In Fällen von Zuspitzungen von seelischen Problemen, die ansonsten eine stationäre Aufnahme notwendig machen würden, kann eine Tagesklinik als Zwischenglied zwischen rein ambulanter und vollstationärer Behandlung auch in Krisen- und Notfallssituationen eingesetzt werden. Damit kann es vielfach gelingen, vollstationäre Aufnahmen zu vermeiden. Zu den Dimensionen, nach denen über die Möglichkeit einer tagesklinischen Akutbehandlung entschieden werden sollten<sup>24</sup>, zählen die aktuelle Stabilität/Instabilität der PatientInnen, die aktuelle Krankheitseinsicht und Compliance, die aktuellen persönlichen und sozialen Ressourcen im Lebensfeld, die Tragfähigkeit des familiären

---

<sup>24</sup> Deutsches Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Aspekte der Implementation von Umstrukturierungskonzepten in der psychiatrischen Versorgung. Abschlussbericht der Projektgruppe „Abbau vollstationärer Kapazitäten durch Ausweitung teilstationärer und ambulanten Behandlung in der Psychiatrie“. Band 138 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos, Baden-Baden, 2001, S.18.

und sonstigen sozialen Umfeldes und die Verkehrsverbindung bzw. persönlichen Mobilität zwischen Wohnort und Behandlungsort.

Schließlich gibt es zunehmend spezifische Indikationen für eine tagesklinische Behandlung bei bestimmten Diagnosengruppen (z. B. Angststörungen, gerontopsychiatrisches Assessment).

Lange Zeit war auch die Abgrenzung zwischen Tagesstätten, Patienten-Clubs bzw.

Kontaktstellen und Tageskliniken sehr unscharf – nicht selten wurden diese Begriffe synonym verwendet. Im Laufe der Zeit kristallisierten sich die Tageskliniken immer mehr als jene Einrichtungen heraus, die im Unterschied zu den anderen Einrichtungstypen für eine gewisse begrenzte Zeit einen klaren Behandlungsauftrag, ähnlich wie stationäre Einrichtungen, erfüllen (und auch über Zugang zu medizinischen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten verfügen).

Tagesstätten dienen vor allem der Aktivierung und Tagesstrukturierung sowie dem Aufbau und Erhalt sozialer Kontakte. In Tagesstätten werden üblicherweise weder medikamentöse Behandlungen noch diagnostische Abklärungen durchgeführt; zumeist werden auch keine Einzeltherapien angeboten (siehe Kapitel B.3.1.3.2.2).

### **B.1.2.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen**

Tagesklinische Behandlungsmaßnahmen beginnen sich im Gesundheitswesen aus verschiedenen Gründen immer mehr als wichtige Behandlungsform durchzusetzen.

#### **1. Medizinische und Kostengründe:**

Es gibt zahlreiche diagnostische und therapeutische Maßnahmen, für die einfache ambulante Besuche von Gesundheitseinrichtungen nicht ausreichen, für die jedoch ein voller stationärer Aufenthalt nicht notwendig ist. Durch ein tagesklinisches Setting kommt es in diesen Fällen zu relevanten Kosteneinsparungen.

#### **2. Lebensqualitätsgründe:**

Die Notwendigkeit, aufgrund eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes das eigene Lebensfeld mit seinen sozialen Bezugspersonen vorübergehend verlassen zu müssen, hat besonders im Bereich der Psychiatrie für die Betroffenen zahlreiche Nachteile zur Folge. Hier ist zunächst der Nachteil zu nennen, dass die im Zuge der Behandlung erfahrenen Entwicklungen und Veränderungen nicht unmittelbar in den Lebenskontext transferiert

werden können, in dem sie genutzt werden sollen. So gehen wertvolle Erfahrungen und Rückmeldungen, die wiederum Anpassungen und Optimierungen der Therapie zur Folge haben könnten, verloren. Längere Abwesenheiten von der gewohnten häuslichen Umgebung begünstigen zudem Desintegration und Entfremdung sowie Stigmatisierung. Durch die Behandlung im Rahmen eines tagesklinischen Settings haben die PatientInnen zumindest in den behandlungsfreien Zeiten die Möglichkeit, ihr Alltagsleben in der gewohnten Weise zu gestalten, was die soziale Akzeptanz einer psychiatrischen Behandlung von Seiten der Patienten und der Familien erhöht.

### 3. Spezifische therapeutische Gründe:

Durch das Hin-und-Her-Pendeln zwischen dem Alltag im individuellen Lebensfeld und der Behandlungssituation in der Tagesklinik entstehen nützliche Synergieeffekte. Insbesondere in tagesklinischen Bereichen, die im Sinne der o.g. „Frührehabilitation“ gezielte therapeutische Programme (soziotherapeutische, psychotherapeutische, psychoedukative etc. Einzel- und Gruppenangebote) durchführen, lassen sich die dort gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse unmittelbar im Lebensfeld erproben und umsetzen und die entsprechenden Rückmeldungen können in den weiteren Therapieverlauf integriert werden. Auf diese Art bieten sich für die PatientInnen und auch für ihre Bezugspersonen im Lebensfeld zahlreiche Gelegenheiten des „In Vivo“-Lernens, die bei einem vollstationären Aufenthalt nicht gegeben sind. Die tagesklinische Behandlung trägt somit auch zum „Empowerment“ der PatientInnen bei, da ihnen und ihren Bezugspersonen dieses Setting mehr Selbstverantwortlichkeit zuschreibt und sich der Therapieprozess besser an die realen Lebensumstände anpasst, was effektivere und nachhaltigere Behandlungsergebnisse verspricht.

### 4. Tagesklinische Behandlung für spezifische Zielgruppen

#### a) Personen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen

Auch für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen haben sich in den letzten Jahren Tageskliniken als ein wichtiges Bindeglied zwischen ambulanten und vollstationären Versorgungsbereichen etabliert. Da ältere PatientInnen durch Umgebungswechsel besonders belastet sind, ist die Möglichkeit, Nächte und Wochenenden zu Hause zu verbringen und tagsüber ein intensives Behandlungs- und Therapieprogramm zu konsumieren, eine sinnvolle Alternative für Personen, bei denen ein vollstationärer Aufenthalt nicht notwendig ist. Im Rahmen der tagesklinischen

Behandlung werden unter anderem Diagnostik, medizinische und psychotherapeutische Behandlungen, Übungs- und Trainingsprogramme angeboten. Vor allem die diagnostische Abklärung lässt sich im Rahmen eines „Assessment Centres“ in einer Tagesklinik besonders gut durchführen.

b) Personen mit depressiven Störungen und Angststörungen:

Für Personen mit Depressionen und/oder Angststörungen, die mit dem verfügbaren ambulanten Versorgungsangebot nicht ausreichend unterstützt werden können, werden im Rahmen von Tageskliniken eine umfassende Diagnostik und eine intensive therapeutische Behandlung angeboten. Die im Therapieprozess erarbeiteten neuen Erlebens-, Verhaltensweisen und Problemlösestrategien können an Wochenenden bzw. abends im Alltag erprobt werden und die so gewonnenen Erfahrungen in den weiteren Therapieverlauf integriert werden. Durch die Möglichkeit dieses „In Vivo“-Lernens können Therapiefortschritte besser in den Alltag transferiert werden und es kann Desintegration entgegengewirkt werden.

c) Personen mit Psychoseerkrankungen:

Bei vielen Patienten mit psychotischen Störungen sind sowohl in der Akutphase als auch im Anschluss daran komplexe Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich. Sofern die ambulant und mobil verfügbaren Versorgungsstrukturen in dieser komplexen Situation unzureichend sind und eine Anwesenheit im Krankenhaus rund um die Uhr dennoch nicht erforderlich ist, stellt die tagesklinische Behandlung eine geeignete Alternative dar. Je nach Erfordernis im Einzelfall kann in einem tagesklinischen Setting sowohl die akute als auch die „frührehabilitative“ Behandlung durchgeführt werden. Tagesklinische Akutbehandlungen erfolgen zumeist integriert in den vollstationären Bereichen, mit dem Unterschied, dass die PatientInnen nur an Wochentagen tagsüber anwesend sind. „Frührehabilitative“ Behandlungen im Rahmen einer Tagesklinik werden in der Regel in räumlich getrennten Versorgungseinheiten angeboten und haben ein strukturiertes und intensives Therapieprogramm mit pharmako-, psycho- und soziotherapeutischen Elementen. Wie bei allen anderen Zielgruppen gelten bei Personen mit psychotischen Störungen die bereits genannten Vorteile der Tagesklinik, also im Wesentlichen die Aufrechterhaltung der sozialen Integration und Normalisierung sowie die „In-Vivo“-Effekte.

Laut § 43a NÖKAG sind Tageskliniken dem stationären Bereich zugeordnete Einrichtungen *in* oder *in Verbindung mit* NÖ Fondskrankenanstalten, an denen Untersuchungen, Behandlungen

und operative Eingriffe durchgeführt werden, die über den Umfang eines Anstaltsambulatoriums hinausgehen und ärztliche sowie pflegerische Betreuung erfordern.

Durch eine Änderung im LKF-Modell ist es seit dem Jahr 2002 möglich, Tagesklinikplätze über das LKF-System abzurechnen, wobei - anders als bei stationärer Aufnahme - keine Fallpauschalen, sondern Tagsätze bezahlt werden, die relativ günstig und letztlich nicht limitiert sind und einen Anreiz dafür darstellen, mehr Tagesklinikplätze zu schaffen.

Gerade in einem Flächenbundesland wie Niederösterreich sind psychiatrische Tageskliniken ein wichtiges, gemeindenahes Angebot für psychisch Kranke.

Der ÖKAP/GGP 2001 sieht für die stationäre und tagesklinische Versorgung psychisch Kranker eine Messziffer von 0,3-0,5 Plätzen je 1000 Einwohner vor. Dort wird ausdrücklich festgestellt, dass Tagesklinikplätze im Rahmen der festgelegten Planbettenobergrenzen bzw. ausschließlich durch Umwidmung vollstationärer Kapazitäten einzurichten sind. Nicht eingeschlossen im ÖKAP/GGP-Schlüssel sind derzeit Betten/Tagesklinikplätze für Kinder-/Jugendpsychiatrie, für Alkohol- und Drogenentwöhnung sowie für Psychotherapie. Inbegriffen sind hingegen Drogen- und Alkoholentzugsbetten. Mit dieser Gleichsetzung von Krankenhausbetten und Tagesklinikplätzen im ÖKAP/GGP-Schlüssel steht in Zusammenhang, dass psychiatrische Tagesklinikplätze seit dem LKF-Modell 2002 im LKF-System abrechenbar geworden sind.

Abweichend vom LKF-Prinzip der Fallpauschalen werden hier, wie schon erwähnt, Tagsätze verrechnet und zwar in zwei Modalitäten als

- a) „tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie“ (211 LKF-Punkte pro Tag) und
- b) „tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie“ (65 LKF-Punkte pro Tag)

ad a) Die tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie ist durch folgende Merkmale charakterisiert:

- Öffnungszeiten von Montag bis Freitag für je 8 Stunden
- Tägliche Anwesenheitspflicht der Patienten von Montag bis Freitag für mindestens 6 Stunden täglich
- Leitung durch einen Facharzt für Psychiatrie

- Anwesenheit eines Facharztes für Psychiatrie oder Arztes in Ausbildung für Psychiatrie (bei mehr als 12 Patienten gilt ein Arzt-Patienten-Schlüssel von 1:12)
- Anwesenheit mindestens einer Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegeperson (bei mehr als 12 Patienten gilt ein Pflegeperson-Patienten-Schlüssel von 1:12)
- Anwesenheit weiterer Berufsgruppen wie Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Dipl. Sozialarbeiter, Psychologen, Psychotherapeuten oder Logopäden, sodass täglich zumindest 3 Stunden Einzel- oder Gruppentherapien angeboten werden können, wobei Ergotherapie maximal die Hälfte dieser mindestens 3 Stunden betragen darf.

b) Die tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie ist durch folgende Merkmale definiert:

- Öffnungszeiten von Montag bis Freitag für je 8 Stunden
- Keine tägliche Anwesenheitspflicht der Patienten, Patienten sind für mindestens 4 Stunden pro Tag anwesend
- Leitung durch einen Facharzt für Psychiatrie
- *Erreichbarkeit* eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Arztes in Ausbildung für Psychiatrie
- Anwesenheit mindestens einer Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegeperson bzw. zu einem Pflegeperson-Patienten-Schlüssel von 1:15
- Verfügbarkeit weiterer Berufsgruppen wie Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Psychologen, Psychotherapeuten oder Logopäden, sodass täglich zumindest 1 Stunde an Einzel- oder Gruppentherapien (mit 15 Patienten) angeboten werden kann

### **B.1.2.3 Aktuelle Versorgungslage**

Außer einem tagesklinischen Angebot der Abteilung für Rehabilitation und Langzeitpsychiatrie an der LNK Mauer<sup>25</sup> gibt es in Niederösterreich keine psychiatrischen tagesklinischen Angebote<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup> Tagklinik mit maximal 30 Plätzen bei unbefristeter Aufenthaltsdauer, Finanzierung erfolgt nicht im Rahmen des LKF-Systems

<sup>26</sup> Seit 12. Mai 2003 werden an der psychiatrischen Abteilung Neunkirchen 15 Tagesklinikplätze geführt.

## B.1.2.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung

### Messziffern und Standorte

Tageskliniken sind einerseits für die Standorte der sieben Regionalen Zentren für Seelische Gesundheit vorgesehen, andererseits als dislozierte Tageskliniken, die fachlich, personell, organisatorisch und in der Finanzierung mit dem Regionalen Zentrum für Seelische Gesundheit verbunden sein sollen. Diesbezüglich sind noch genaue Regelungen auszuarbeiten. Die Größe der Tagesklinik wurde dabei - vorwiegend aus betrieblich/ fachlichen Gründen - mit  $\pm 20$  Plätzen je Standort konzipiert; Abweichungen sind jedoch möglich.

Die möglichen Standorte (Bezirke) für Tageskliniken sind in Tabelle 1 (Spalte e) enthalten und in Abbildung 1 geografisch dargestellt. Diese Empfehlungen für Tagesklinikstandorte sind an Kriterien der Erreichbarkeit orientiert. Hier ist allerdings noch weniger als bei der regionalen psychiatrischen Bettenabteilung eine zwingende Zuordnung einzelner PatientInnen zu einem administrativ definierten Einzugsgebiet gegeben, und es besteht Wahlfreiheit.

Nach den sieben Psychiatrieregionen geordnet kommen als Standorte für Tageskliniken in Frage:

Weinviertel:	Hollabrunn, Mistelbach, Gänserndorf <sup>27</sup>
Thermenregion:	Mödling, Baden, Bruck/Leitha
Bucklige Welt:	Neunkirchen, Wr. Neustadt
NÖ Mitte Nord:	Tulln, Krems <sup>28</sup>
NÖ Mitte Süd:	St. Pölten, Lilienfeld <sup>29</sup>
Mostviertel:	Amstetten/Mauer, Scheibbs
Waldviertel:	Waidhofen/Thaya, Zwettl

---

<sup>27</sup> am MZG = Medizinisches Zentrum Gänserndorf

<sup>28</sup> Für Krems und Lilienfeld waren in der ursprünglichen Planung keine psychiatrischen Tageskliniken vorgesehen, der Beschluss des Ständigen Ausschusses des NÖGUS vom 27.02.2003 sieht diese zusätzlichen Standorte jedoch vor. Bei Berücksichtigung des Gesamtschlüssels von 0,3 bis 0,5 Betten einschließlich Tagesklinikplätze sind diesbezüglich genauere Nachberechnungen notwendig.

**Tab. 1: Psychiatrische Betten/Tagesklinikplätze für Erwachsene einschließlich alter Menschen für 7 Regionale Zentren für Seelische Gesundheit (Annahme ÖKAP/GGP-Schlüssel 0,3 - 0,5/1000 EW minus 30 Drogenentzugsbetten)**

Hintergrunddaten				konkrete Empfehlungen				
5 Gesundheits-Regionen	7 Psychiatrieregionen	(a) EW pro Bezirk EW pro Region		(b) ÖKAP/GGP 0,3-0,5	(c) Betten <sup>30</sup>	(d) <sup>31</sup> TKL-Plätze	(e) mögliche TKL-Standorte <sup>32</sup>	(f) Summe <sup>33</sup>
Weinviertel	<b>Weinviertel</b> Hollabrunn Korneuburg Mistelbach Gänserndorf WU Gerasdorf	50.070 67.981 72.726 88.475 8.231	287.483 (18,60%)	86-144	21-78 (50)	60 (45)	Hollabrunn ±20 Mistelbach ±20 Gänserndorf ±20	<b>81-138</b> (95)
	<b>Thermenregion</b> Mödling Bruck/Leitha WU Schwechat Baden	106.374 40.006 43.818 126.892	317.090 (20,51%)	95-159	29-92 (60)	60 (50-80)	Mödling ±20 Baden ±20 Bruck/Leitha ±20	<b>89-152</b> (110-120)
Industrieviertel	<b>Bucklige Welt</b> Neunkirchen Wr. Neustadt Stadt Wr. Neustadt Land	85.769 37.627 71.909	195.305 (12,63%)	59-98	15-54 (30-50)	40 (30-40)	Neunkirchen ±20 Wr. Neustadt ±20	<b>55-94</b> (70-80)
	<b>NÖ Mitte Nord</b> Tulln WU Purkersdorf WU Klosterneuburg Krems Stadt Krems Land	64.600 25.152 24.797 23.713 54.407	192.669 (12,46%)	58-96	34-73 (60)	20 (30)	Tulln ±20 (Krems StA 27.02.02)	<b>54-93</b> (90)
NÖ Mitte	<b>NÖ Mitte Süd</b> St. Pölten Stadt St. Pölten Land Lilienfeld	49.121 93.309 27.084	169.514 (10,97%)	51-85	28-62 (30)	20 (30)	St. Pölten ±20 (Lilienfeld StA 27.02.02)	<b>48-82</b> (60)
	<b>Mostviertel</b> Amstetten Melk Scheibbs Waidhofen/Ybbs	109.183 75.287 41.329 11.662	237.461 (15,36%)	71-119	26-74 (60)	40 (40)	Amstetten ±20 Scheibbs ±20	<b>66-114</b> (100)
Waldviertel	<b>Waldviertel</b> Waidhofen/Thaya Horn Zwettl Gmünd	28.197 32.400 45.635 40.050	146.282 (9,46%)	44-73	5-34 (30)	36 (30)	Waidhofen/Th. ±16 Zwettl ±20	<b>41-70</b> (60)
<b>Summe</b>		<b>1.545.804</b> (100%)		<b>464-773</b>	<b>158- 467</b> (320-340)	<b>276</b> (255-295)		<b>434-743</b> (595)

<sup>29</sup> Siehe Fußnote 16

<sup>30</sup> Die hier genannten Bettenzahlen sind regionsbezogen und nicht standortbezogen. Betten für Spezialversorgung sind hier nicht inkludiert. [So sind z.B. für die Region NÖ Mitte Nord zusätzlich zu den hier genannten psychiatrischen Bettenzahlen (34-73) noch Betten für Kinder-/Jugendpsychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik/Verhaltensmedizin (PPV) vorgesehen (siehe Teil C dieses Berichtes)]. In Klammer sind die Bettenzahlen angegeben, die sich im Beschluss des Ständigen Ausschusses des NÖGUS vom 27.02.2003 finden.

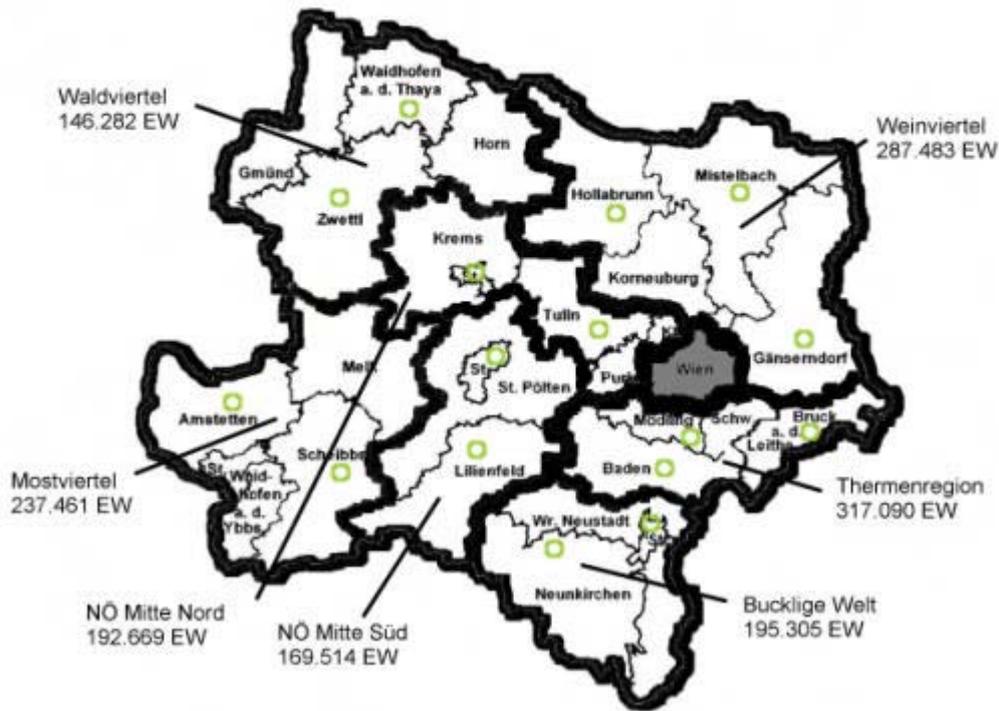
<sup>31</sup> In Klammer sind die Tagesklinikplätze angegeben, die sich im Beschluss des Ständigen Ausschusses des NÖGUS vom 27.02.2003 finden.

<sup>32</sup> Die Tagesklinikgröße wird mit ±20 Plätzen angenommen (siehe Text), lediglich in Waidhofen/Thaya werden statt 4 Tagesklinikplätzen 4 zusätzliche Betten vorgeschlagen. Es können in der jeweiligen Region auch mehr Tagesklinikplätze geschaffen werden, jedoch kann der kombinierte Betten-/Tagesklinikplatzschlüssel die in der letzten Spalte (f) angegebenen Grenzwerte nicht überschreiten.

<sup>33</sup> Die Summen von 434-743 Betten/Tagesklinikplätzen (und die entsprechenden regionalen Summen in Spalte f) ergeben sich dadurch, dass im ÖKAP/GGP-Schlüssel auch Betten für akuten Drogenentzug enthalten sind. Die 30 für diesen Zweck am Standort Mauer vorgesehenen Betten mussten deshalb von der Gesamtzahl (Spalte b) von 464-773 abgezogen werden, bevor psychiatrische Betten/Tagesklinikplätze auf die 7 Psychiatrieregionen aufgeteilt wurden.

**Abb. 1: Vorgeschlagene Standorte (Bezirke) für psychiatrische Tageskliniken in Niederösterreich**

○ Psychiatrische Tageskliniken in den Bezirken Hollabrunn, Mistelbach, Gänserndorf; Mödling, Baden, Bruck/Leitha; Neunkirchen, Wr. Neustadt; Tulln, Krems; St. Pölten, Lilienfeld; Amstetten, Scheibbs; Waidhofen/Thaya, Zwettl



In den folgenden Karten sind die Tagesklinikstandorte mit ihren Erreichbarkeiten in 15-Minuten-Isochronen im Industrialverkehr dargestellt. Auch den flächenmäßig großen Psychiatrieregionen sind Tageskliniken nun meistens in weniger als 45 Minuten zu erreichen.

Vorgeschlagene „Tagesklinik-Standorte“  
mit 15 Minuten Isochronen

für die Psychiatrieregion *Weinviertel*

Hollabrunn  
Mistelbach  
Gänserndorf

Abb. 2: Erreichbarkeit von Hollabrunn durch Individualverkehr in Minuten

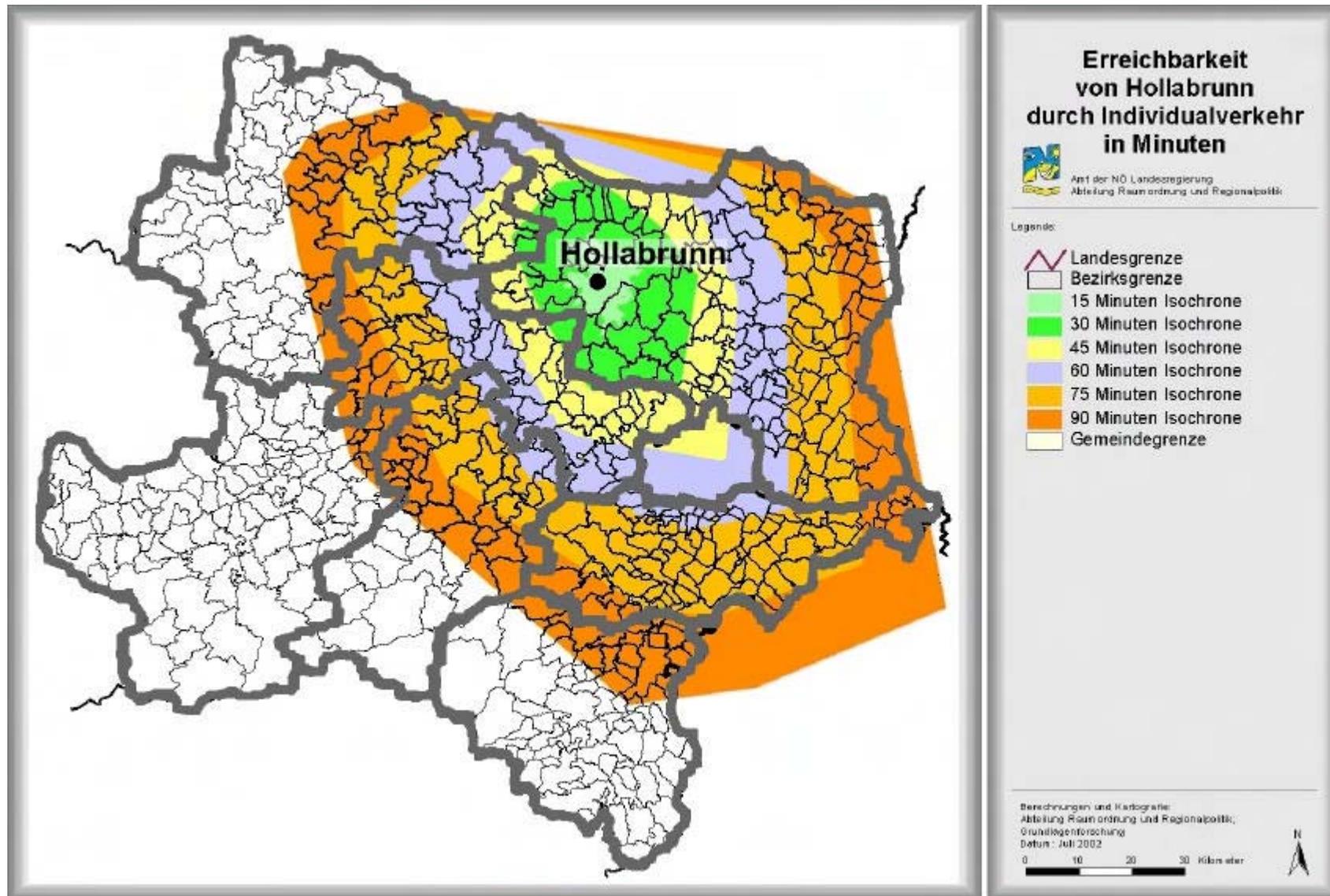


Abb.3: Erreichbarkeit von Mistelbach durch Individualverkehr in Minuten

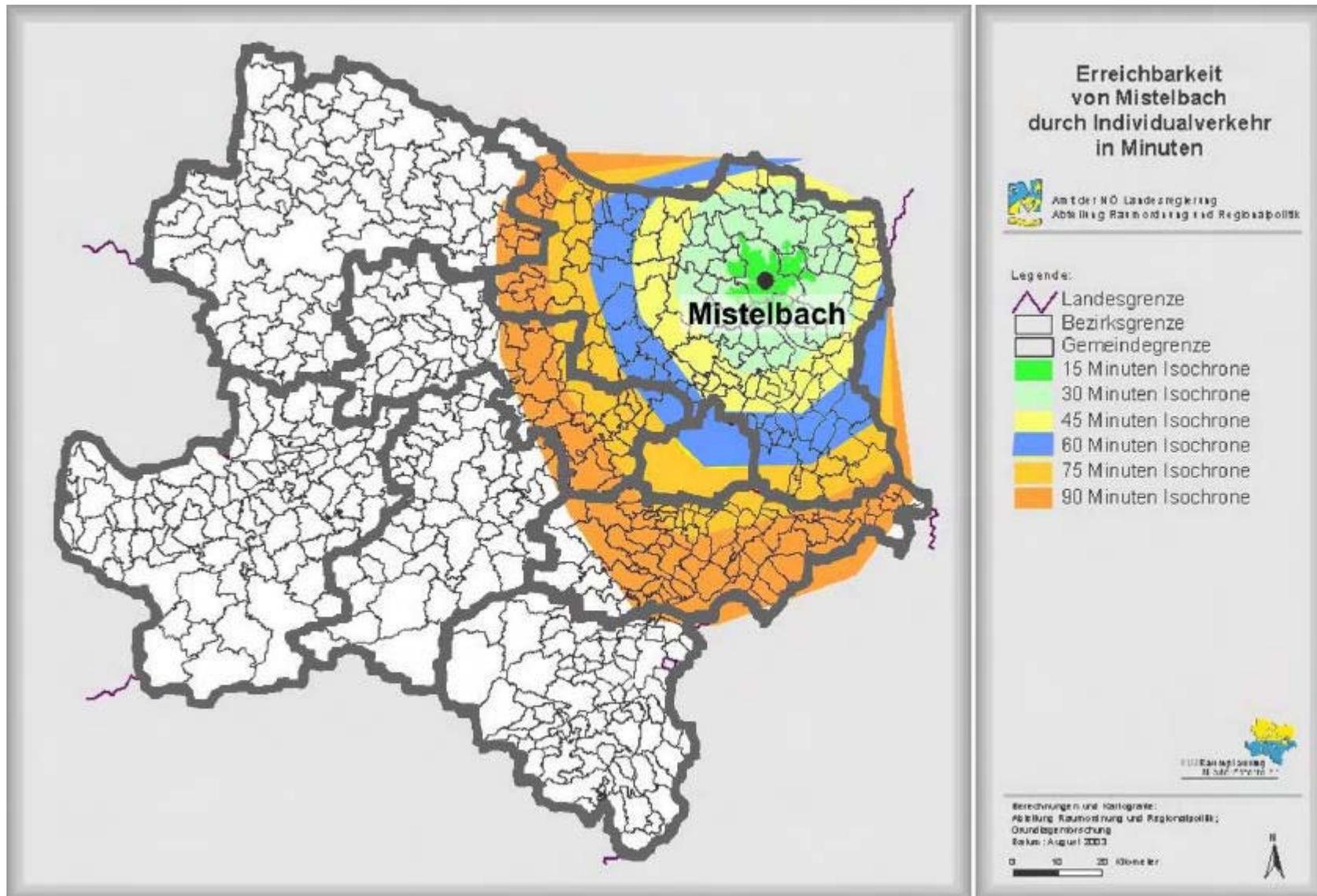
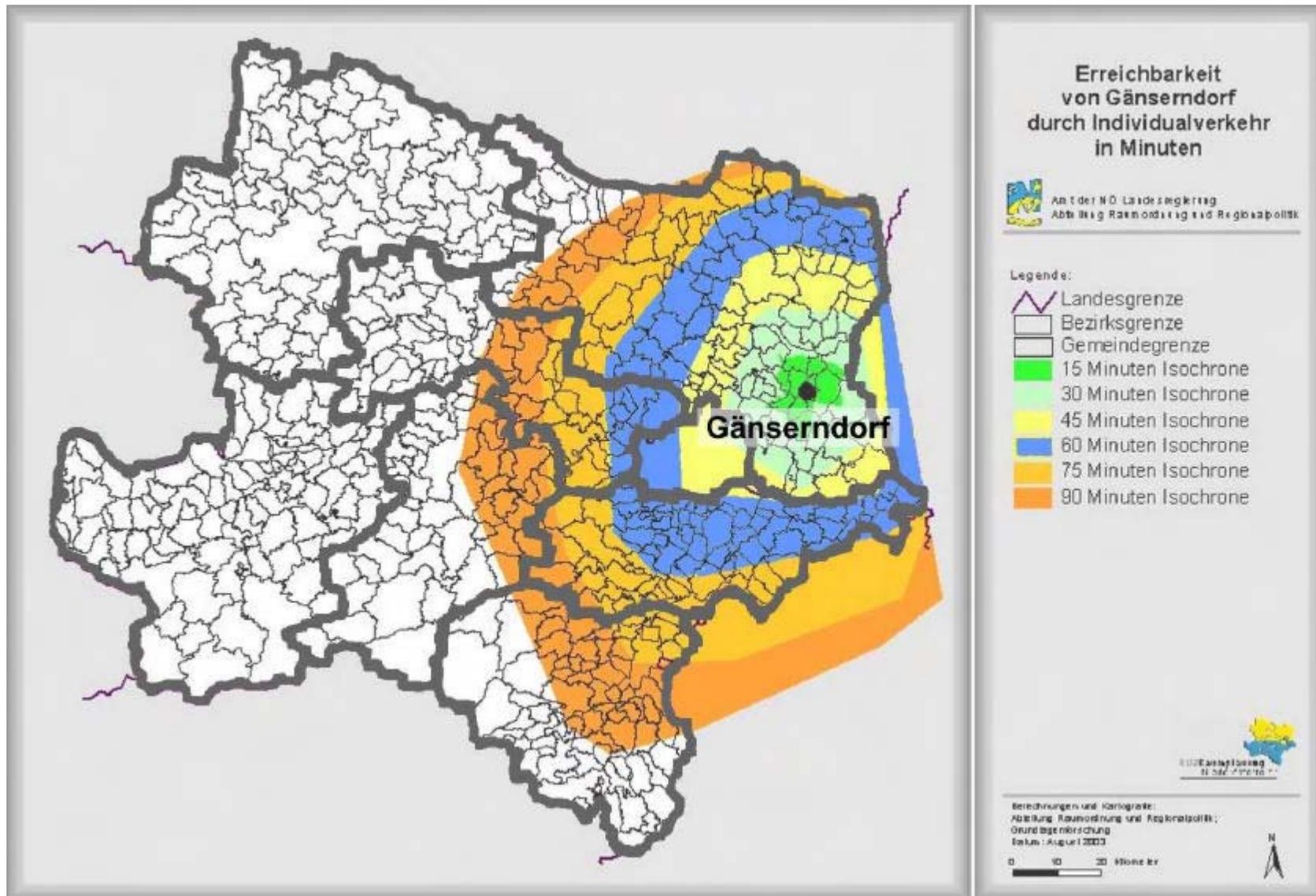


Abb. 4: Erreichbarkeit von Gänserndorf durch Individualverkehr in Minuten



Vorgeschlagene „Tagesklinik-Standorte“  
mit 15 Minuten Isochronen

für die Psychiatrieregion *Thermenregion*

Mödling

Baden

Bruck a.d. Leitha

Abb.5: Erreichbarkeit von Mödling durch Individualverkehr in Minuten

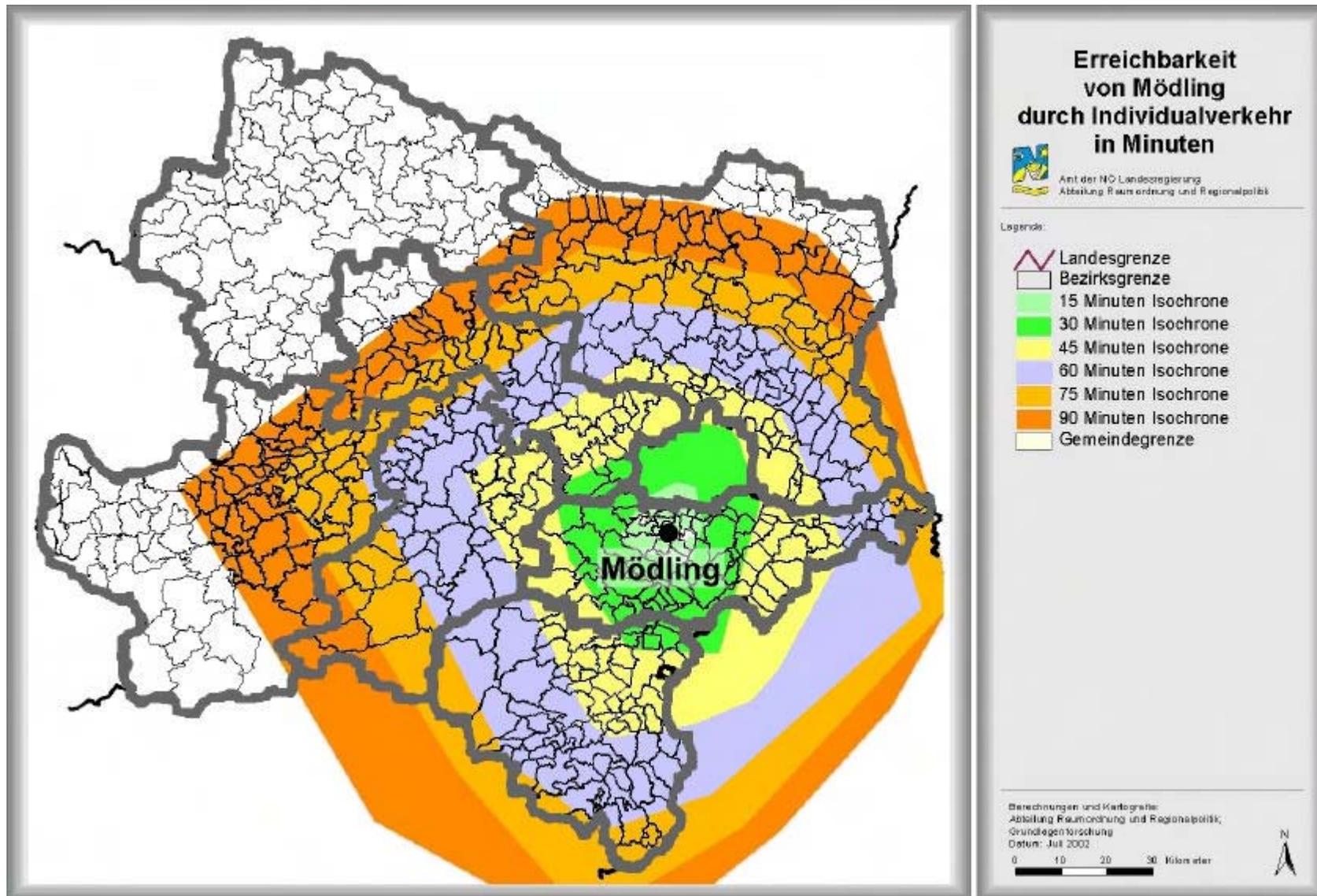


Abb.6: Erreichbarkeit von Baden durch Individualverkehr in Minuten

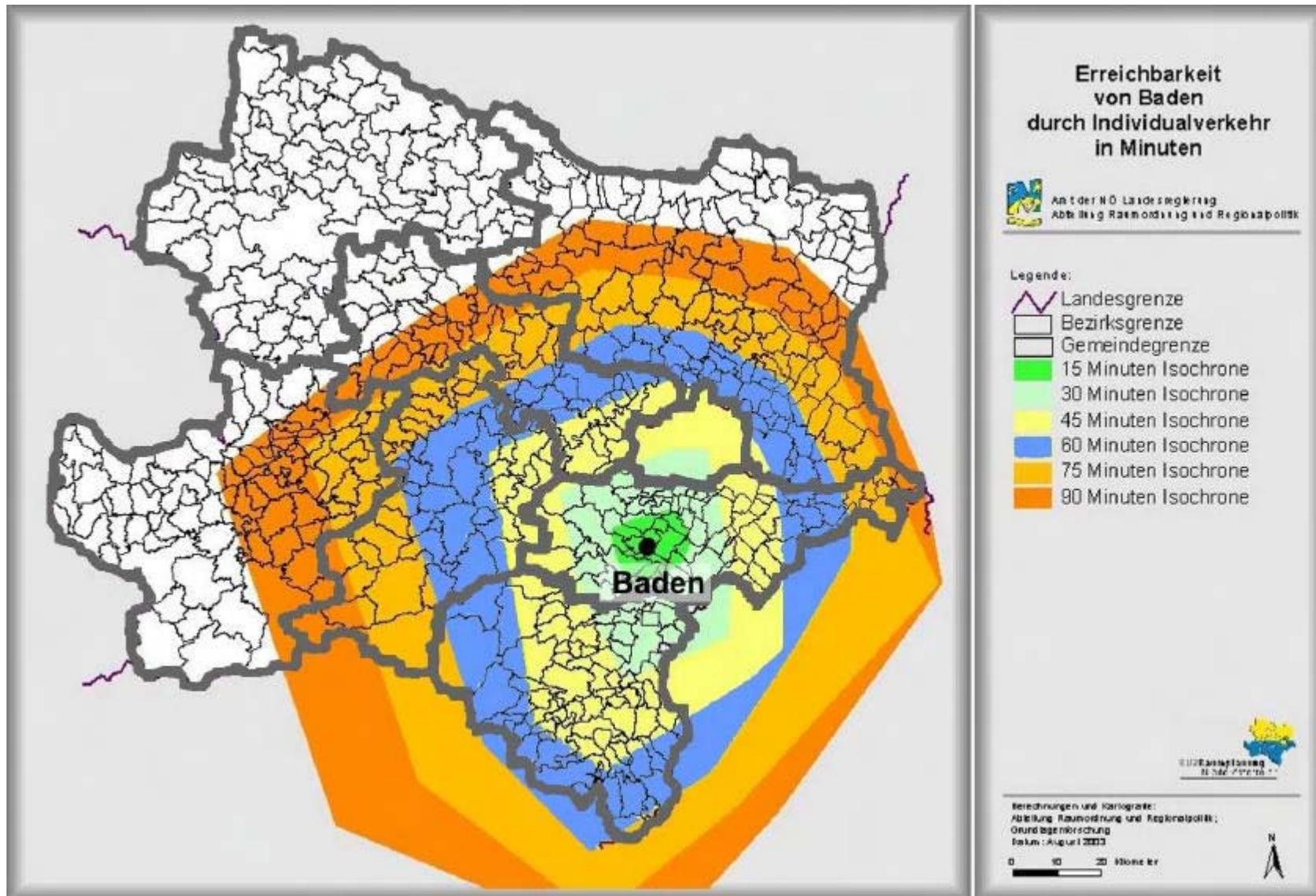
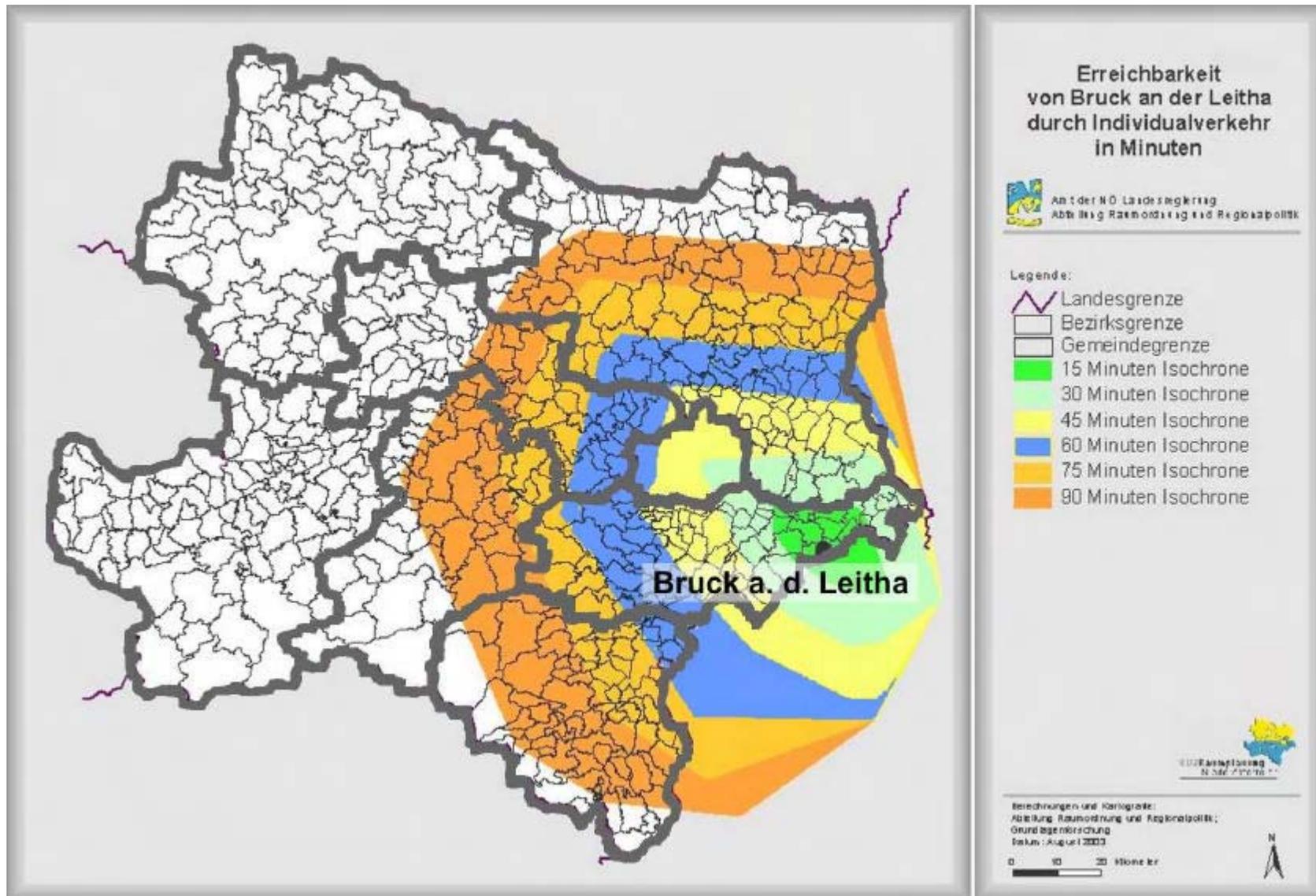


Abb.7: Erreichbarkeit von Bruck a.d. Leitha durch Individualverkehr in Minuten



Vorgeschlagene „Tagesklinik-Standorte“  
mit 15 Minuten Isochronen

für die Psychiatrieregion *Bucklige Welt*

Neunkirchen

Wr. Neustadt

Abb.8: Erreichbarkeit von Neunkirchen durch Individualverkehr in Minuten

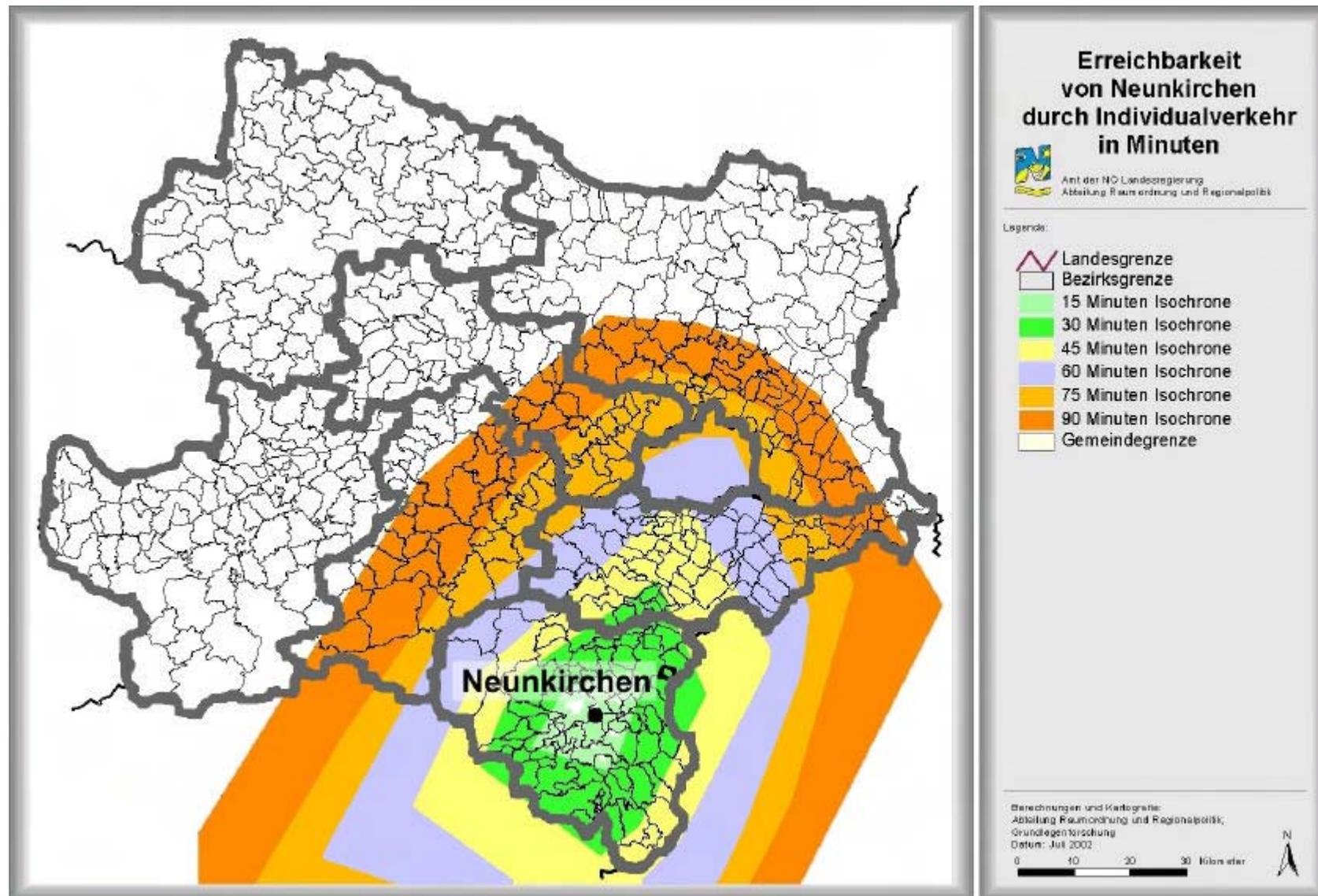
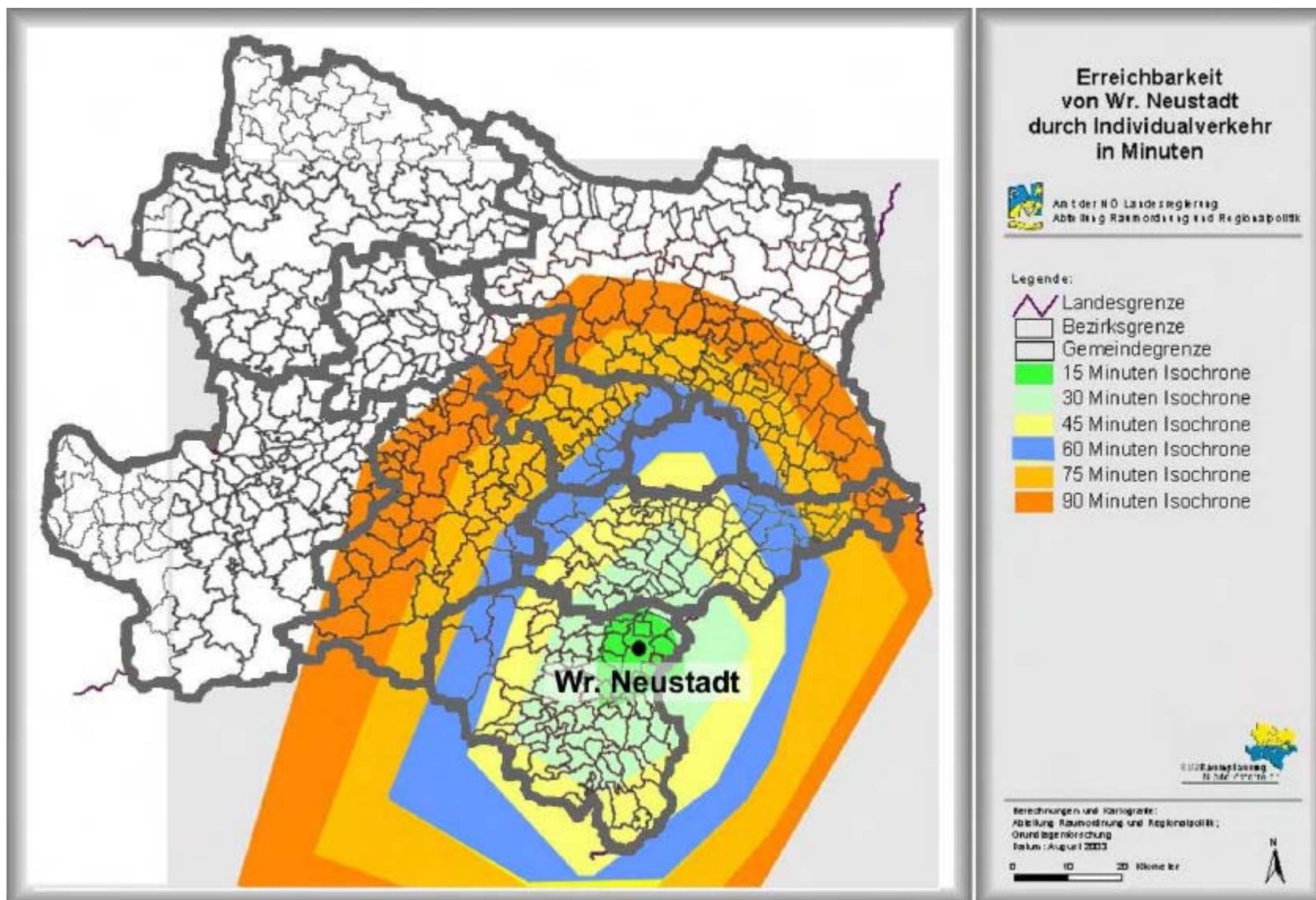


Abb.9: Erreichbarkeit von Wr. Neustadt durch Individualverkehr in Minuten



Vorgeschlagene „Tagesklinik-Standorte“  
mit 15 Minuten Isochronen

für die Psychiatrieregion *NÖ Mitte Nord*

Tulln

Krems

Abb. 10: Erreichbarkeit von Tulln durch Individualverkehr in Minuten

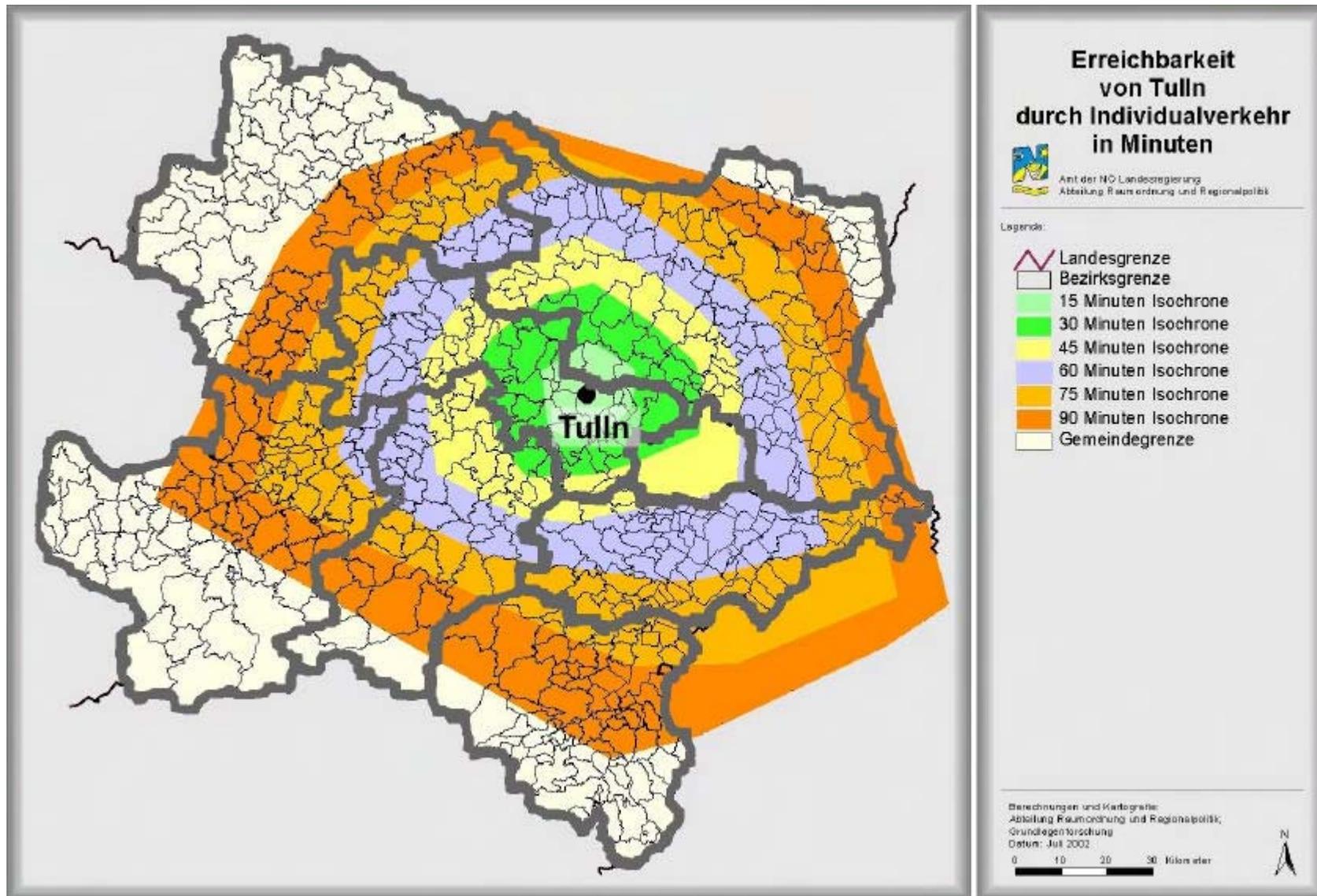
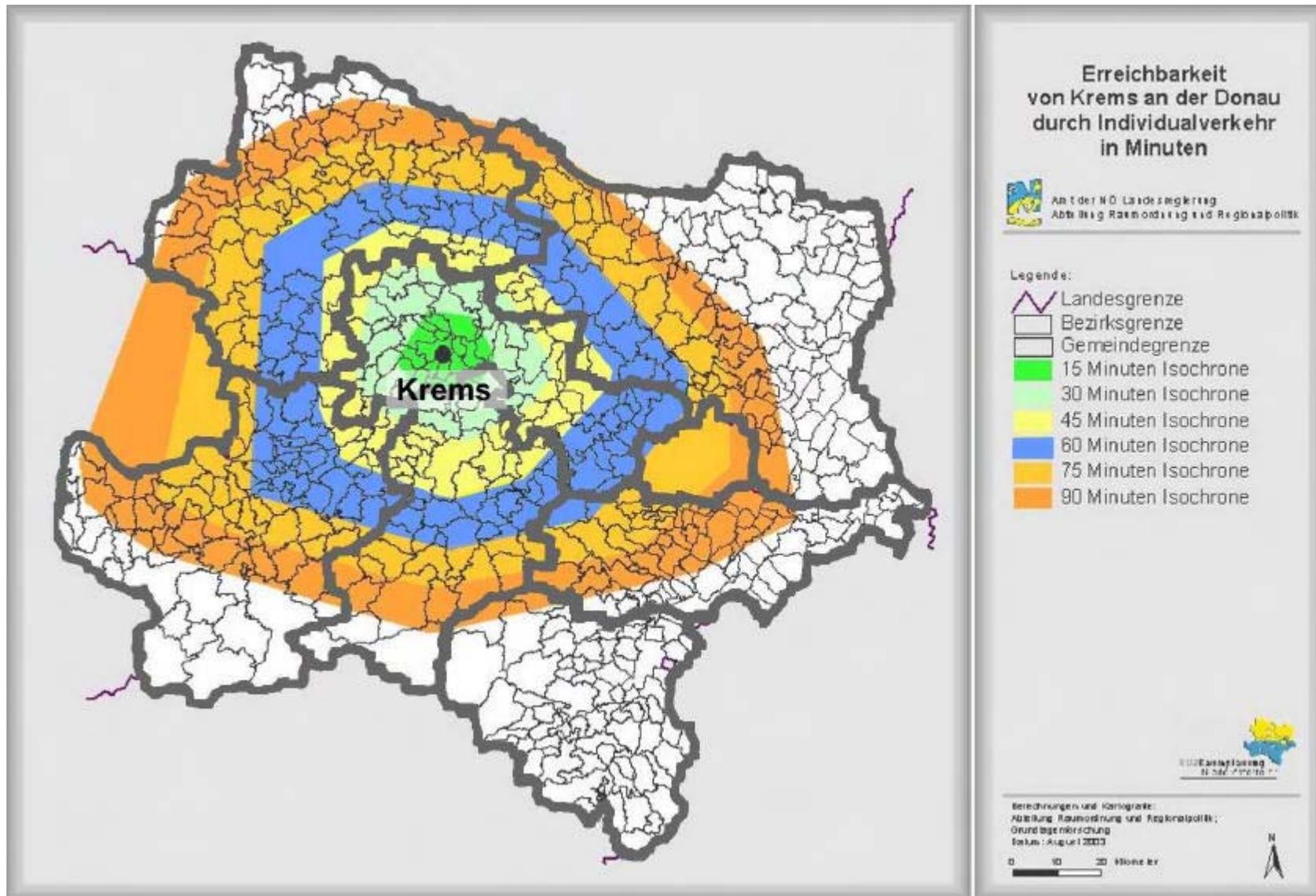


Abb.11: Erreichbarkeit von Krems durch Individualverkehr in Minuten



Vorgeschlagene „Tagesklinik-Standorte“  
mit 15 Minuten Isochronen

für die Psychiatrieregion *NÖ Mitte Süd*

St. Pölten

Lilienfeld

Abb.12: Erreichbarkeit von St. Pölten durch Individualverkehr in Minuten

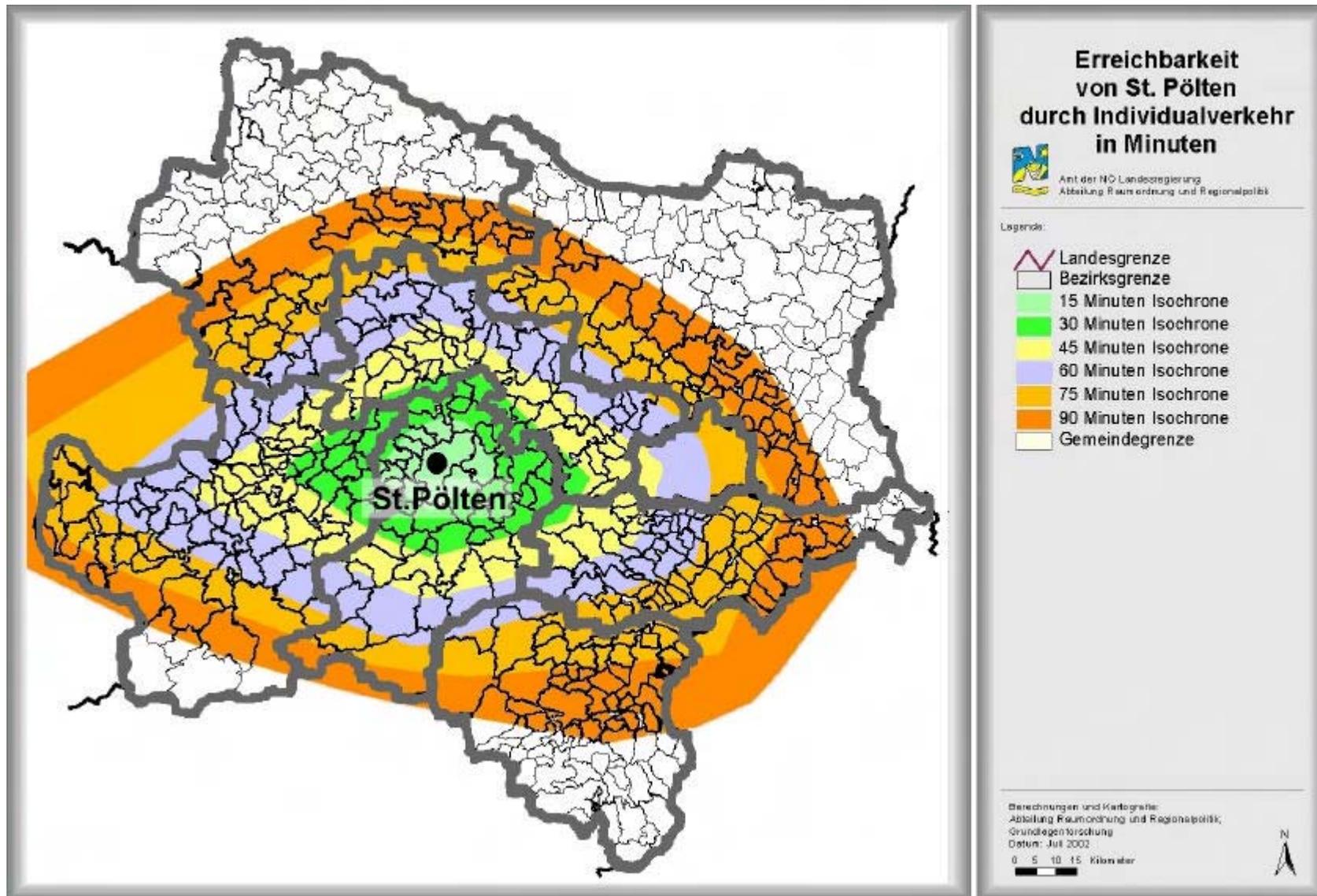
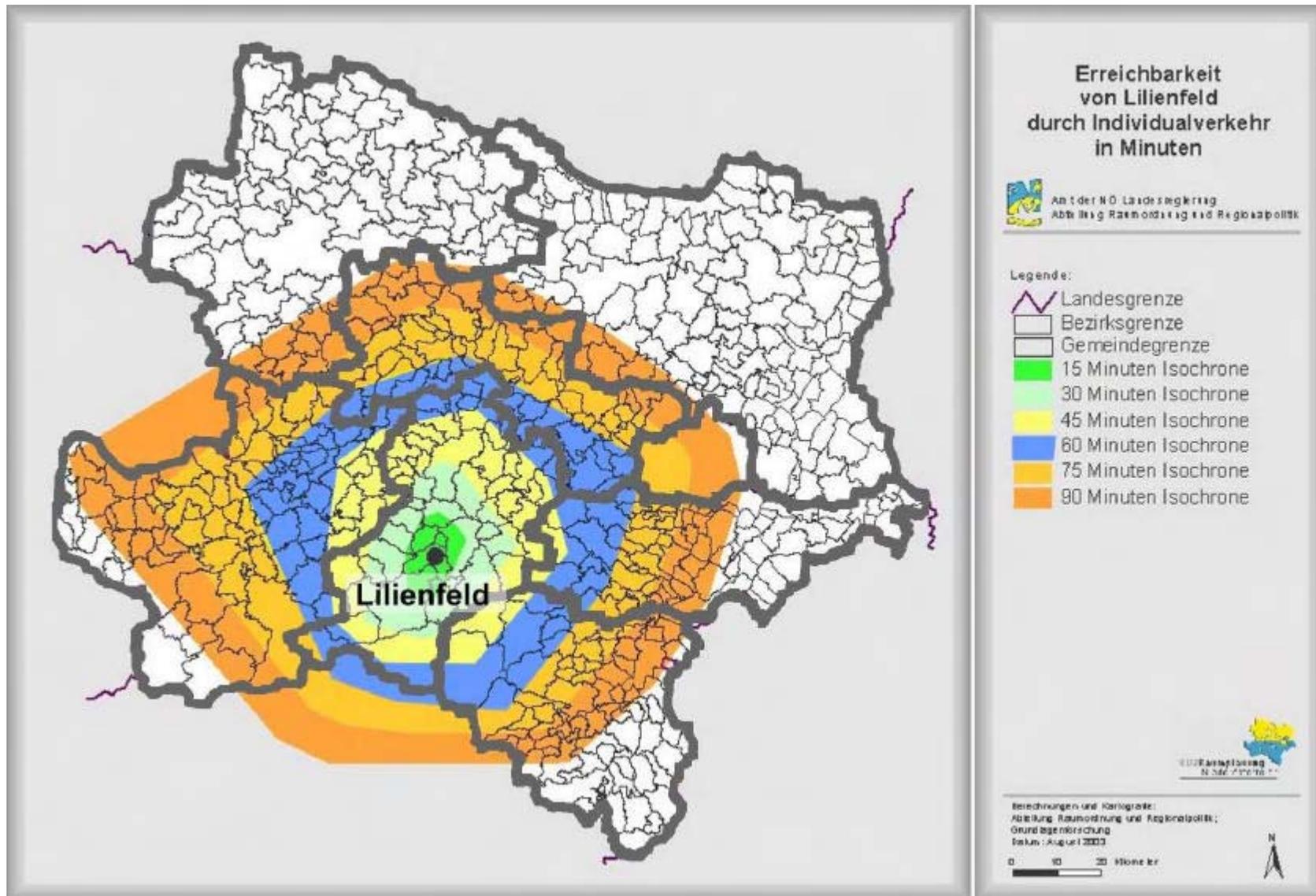


Abb.13: Erreichbarkeit von Lilienfeld durch Individualverkehr in Minuten



Vorgeschlagene „Tagesklinik-Standorte“  
mit 15 Minuten Isochronen

für die Psychiatrieregion *Mostviertel*

Mauer/Amstetten

Scheibbs

Abb.14: Erreichbarkeit von Mauer/Amstetten durch Individualverkehr in Minuten

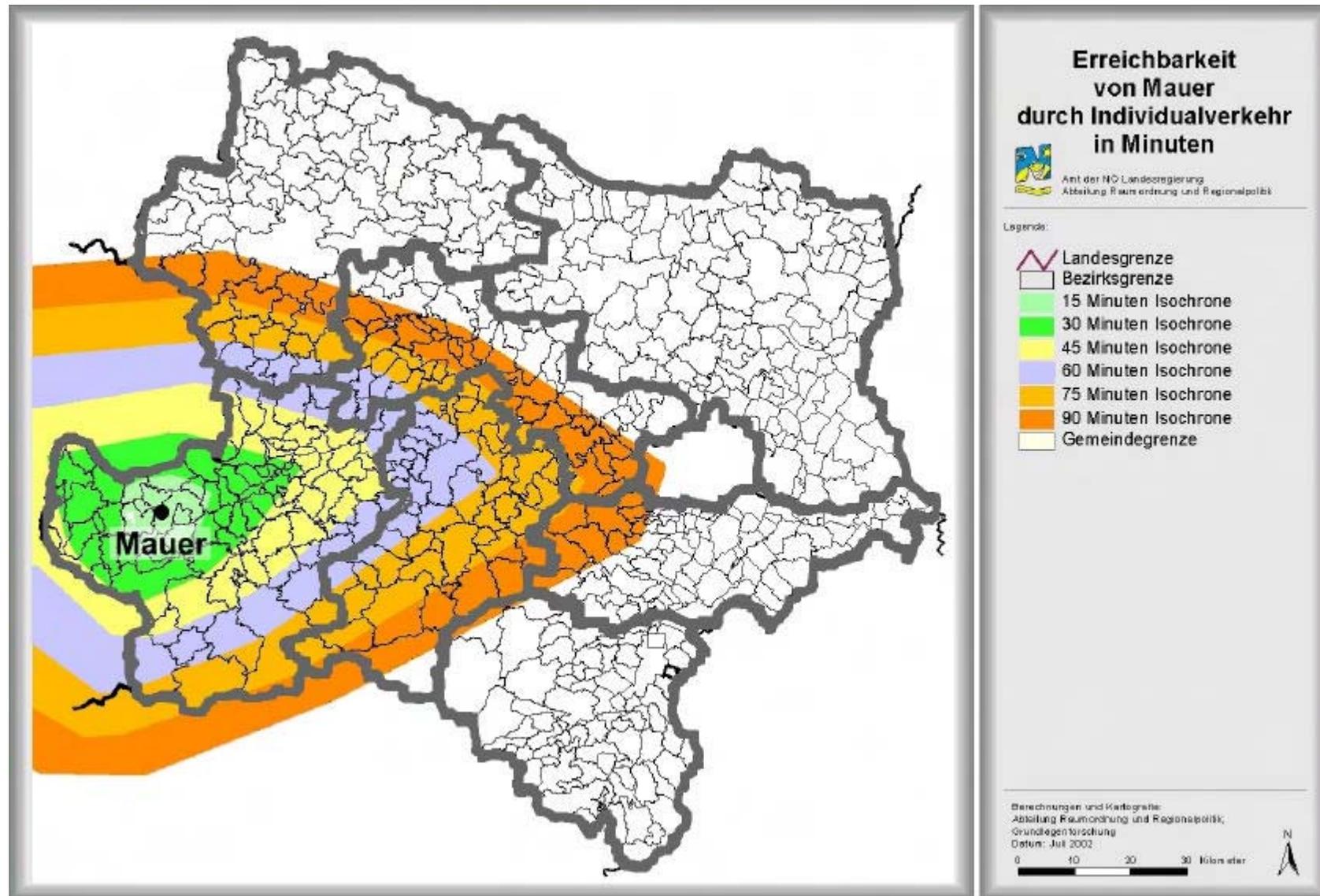
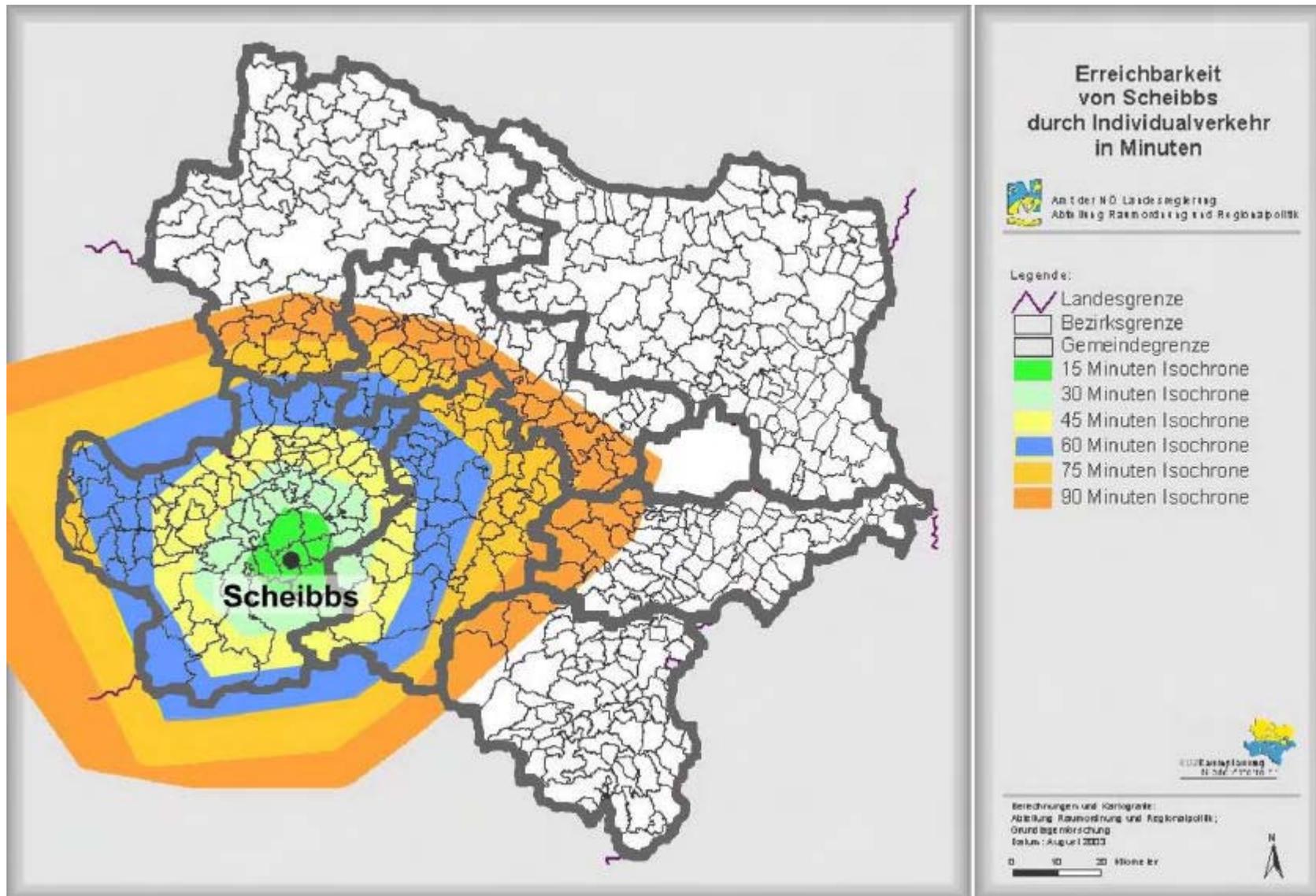


Abb.15: Erreichbarkeit von Scheibbs durch Individualverkehr in Minuten



Vorgeschlagene „Tagesklinik-Standorte“  
mit 15 Minuten Isochronen

für die Psychiatrieregion *Waldviertel*

Waidhofen a.d. Thaya

Zwettl

Abb.16: Erreichbarkeit von Waidhofen a.d. Thaya durch Individualverkehr in Minuten

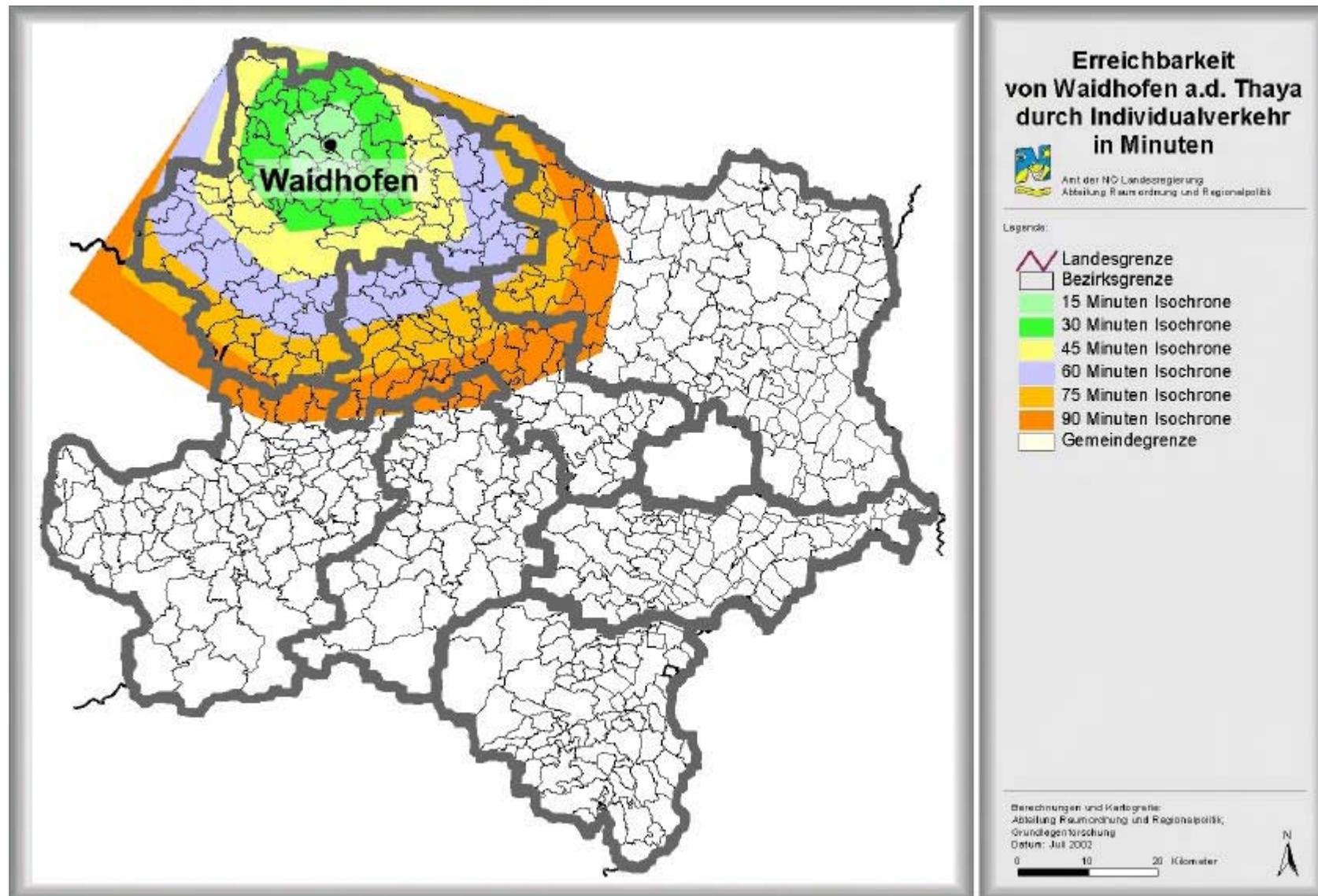
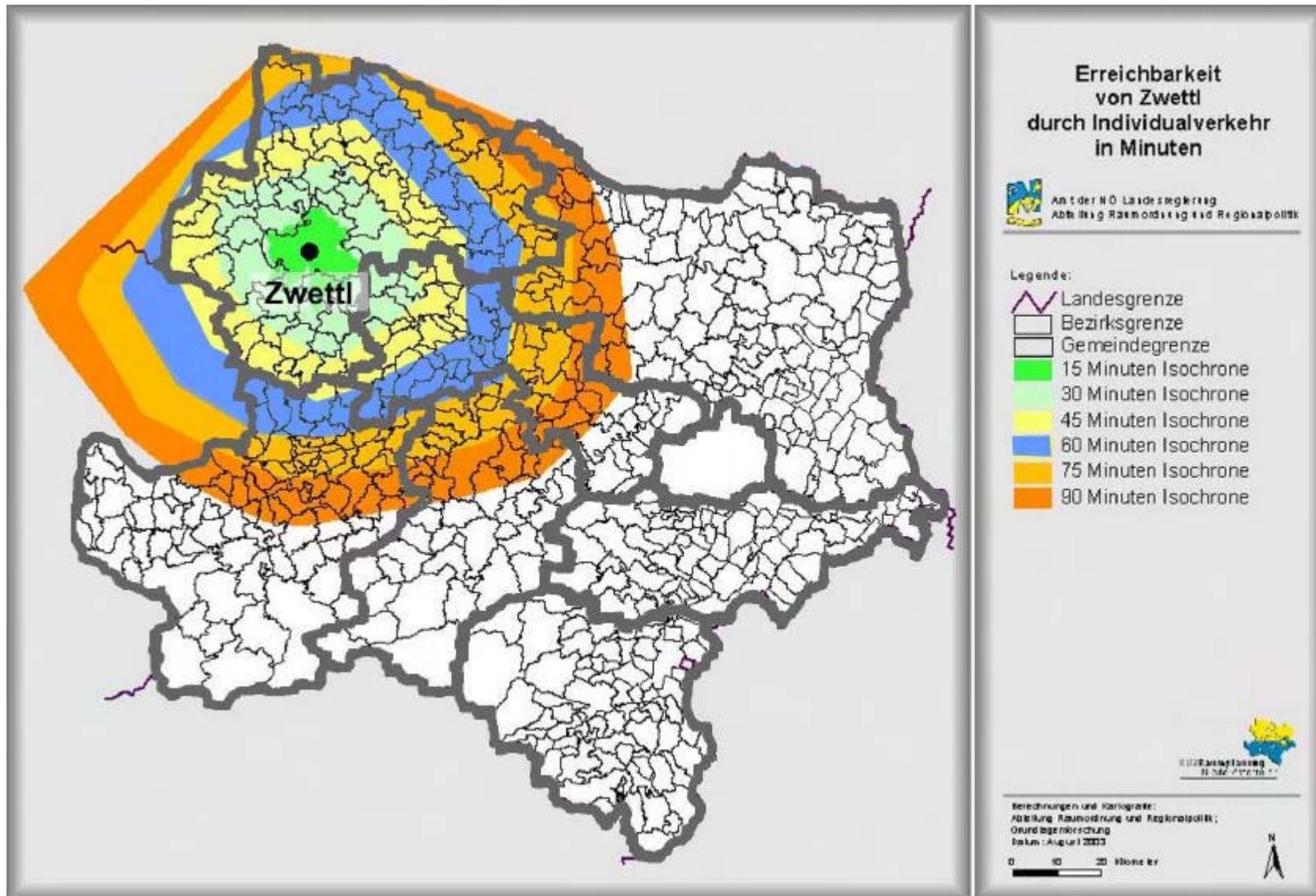


Abb.17: Erreichbarkeit von Zwettl durch Individualverkehr in Minuten



## Transport

Damit - gerade im ländlichen Raum - das Tagesklinik-Konzept voll wirksam wird, ist die Frage der Erreichbarkeit, d.h. der Verkehrsverbindung zwischen Tagesklinik und Wohnort als essenzieller Bestandteil des Tagesklinik-Konzeptes zu betrachten. Ob die PatientInnen von sich aus die erforderliche Mobilität zum Pendeln zwischen Tagesklinik und Wohnort aufbringen, oder ob Transportmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden müssen, hängt von verschiedenen Faktoren ab, zum Beispiel von

- der persönlichen Mobilität der PatientInnen (Verfügbarkeit von und Möglichkeit/Fähigkeit zur Nutzung von privaten und öffentlichen Verkehrsmitteln)
- der Fahrzeit mit privaten und/oder öffentlichen Verkehrsmitteln in die Tagesklinik und retour
- der Verkehrssicherheit und Verkehrsbelastung auf der Strecke zwischen Tagesklinik und Wohnort
- den Fahrtkosten und den persönlichen finanziellen Ressourcen der PatientInnen
- den individuellen Bedürfnissen der PatientInnen und ihrer Bezugspersonen (Bereitschaft zum täglichen Pendeln auf Eigeninitiative, individuelle Belastbarkeit, aktuelle Befindlichkeit, etc.).

Speziell für Personen, die in ländlichen Gegenden wohnen, müssen daher gezielte Fördermaßnahmen getroffen werden, um ihnen die Inanspruchnahme der tagesklinischen Behandlung zu ermöglichen. Die Möglichkeiten und Grenzen der Erreichbarkeit der Tagesklinik müssen bereits bei der Aufnahme ausgelotet werden und die Förderungen unmittelbar zugänglich gemacht werden, um zu verhindern, dass PatientInnen, bei denen eine tagesklinische Behandlung fachlich indiziert wäre, aus Mobilitätsgründen vollstationär aufgenommen werden müssen. Dabei können im Einzelfall während des Therapieverlaufes Veränderungen eintreten, die sowohl objektive (z.B. witterungsbedingte Einflüsse auf die Verkehrssicherheit) als auch subjektive (z.B. Einflüsse der psychischen Befindlichkeit auf die Fahrtauglichkeit) Faktoren betreffen können.

Die Fördermaßnahmen selbst können von Beratungen über das öffentliche Verkehrssystem, über die Initiierung von Fahrgemeinschaften bis hin zu finanziellen Zuschüssen zu den Reisekosten bzw. dem Zur-Verfügung-Stellen eines Shuttle-Dienstes gehen. In den einzelnen

Gebieten könnten auch Kooperationen mit bestehenden Systemen des Personentransports (z.B. Schul- und Pendlerbusse) zur Einsparung von Kosten beitragen.

### **Personelle Ausstattung**

Es wird empfohlen, die personelle Ausstattung von Tageskliniken unter Verwendung der deutschen Psychiatrie-Personalverordnung<sup>34</sup> zu gestalten. Dabei muss berücksichtigt werden, welchen Anteil welcher Typ der Psych-PV-Tagesklinik in der jeweils geplanten Tagesklinik hat.

MitarbeiterInnen in Tageskliniken sollten auch in anderen Typen psychiatrischer Dienste und Einrichtungen auf Teilzeitbasis tätig sein können, etwa im PSD oder im Krisendienst.

Psychiater könnten zusätzlich auch als Konsiliarärzte in Allgemeinen Krankenanstalten ihrer Region bzw. als Konsiliarärzte in Heimen tätig sein. Diese Mehrfach­tätigkeit empfiehlt sich einerseits aus Gründen der Personalflexibilität, andererseits aus psychohygienischen Gründen.

Bei Wechsel von PatientInnen zwischen voll- und teilstationären Behandlungssettings sollte darauf geachtet werden, dass Fragmentierungen im therapeutischen Prozess möglichst vermieden werden, d.h. dass die therapeutischen Bezugspersonen vom Anfang bis zum Ende der Klinikbehandlung konstant bleiben.

### **Geschlechtsspezifische Aspekte**

Für diese Aspekte wird auf den Exkurs am Ende des Kapitels B.1.1 „Vollstationäre Behandlung im Rahmen des RZSG“ verwiesen.

---

<sup>34</sup> Kunze, H. und L. Kaltenbach, Hrsg.: Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. Kohlhammer, Stuttgart 2003, ISBN 3170174940)

# **Teil B**

## **Kapitel 1.3**

### **Krisendienst im Rahmen des RZSG**

Übersicht

Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995

Evaluation 2003

B.1.3.1 Zielgruppe

B.1.3.2 Aktuelle Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen

B.1.3.3 Aktuelle Versorgungslage

B.1.3.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung

- Stärken-Schwächen-Analyse
- Umsetzungsempfehlungen
- Vorschlag für ein Organisationsmodell
- Modellerprobung

## Übersicht zu „B.1.3 Krisendienst“

Der Krisendienst hat sich an den Leitlinien der Niederschwelligkeit, der Regionalisierung und der bestmöglichen Erreichbarkeit zu orientieren und so organisiert sein, dass vorhandene Ressourcen bestmöglich genutzt werden. Gerade für ein gut funktionierendes Krisen- und Notfallsystem sind alle verfügbaren relevanten Ressourcen innerhalb einer Region zu nützen und für eine nahtlose Abwicklung der Interventionen im Not- und Krisenfall abzustimmen.

Die Gesamtheit des Angebots gliedert sich in telefonische, ambulante und mobile Tätigkeitsbereiche.

Bei der Zielgruppe für den Krisendienst handelt es sich um Personen, die nicht zwangsläufig psychisch erkrankt sein müssen, die sich aber zunächst in einer akuten seelischen Krise bzw. Notsituation befinden. Freilich gehören akute psychiatrische Erkrankungen sehr wohl zum Aufgabenbereich des Krisendienstes, der hier lediglich aus Gründen der Stigmavermeidung durch das Etikett „psychiatrisch“ als Krisendienst bezeichnet wird.

Die derzeitige Versorgungssituation in Niederösterreich ist dadurch gekennzeichnet, dass es keinen umfassend tätigen, psychiatrischen Krisendienst gibt. Verfügbar sind in Niederösterreich hingegen - neben dem Krisentelefon und dem Krisenmanagement des PSD für die von ihm betreuten Klienten (s.u.) - die allgemein-medizinischen Notfallsysteme, die die erforderliche Spezialisierung für psychiatrische Not- und Krisenfälle allerdings nicht aufweisen, außerdem das „psychosoziale Akutteam“ für „katastrophale“ Ereignisse.

Für Krisen- und Notfallinterventionen tagsüber an Wochentagen sollten die Psychosozialen Dienste in den jeweiligen Bezirken zuständig sein; an Wochentagen während der Nachtzeit bzw. an Wochenenden und Feiertagen sollen die Leistungen durch den Krisendienst am RZSG erbracht werden.

Um ein effizientes regionales psychiatrisches Krisensystem zu entwickeln, bedarf es der Kooperation und Abstimmung der beiden vorgeschlagenen Anbieter des Krisendienstes (PSD, RZSG) untereinander sowie mit allen anderen Anbietern von medizinischen und psychiatrischen Not- und Kriseninterventionen in der Region.

Als geeignetes Organisationsmodell für den Krisendienst bietet sich ein integriertes Modell an, bei dem ausgewähltes Personal aus dem RZSG, den dislozierten psychiatrischen Tageskliniken und dem PSD - unterstützt durch Fachkräfte aus dem niedergelassenen Bereich - zu einem Personalpool zusammengeführt werden könnten.

In Anbetracht der Komplexität der Gesamtmaterie wird die Planung und Umsetzung dieser kooperativen Strukturen im Rahmen eines Modellprojektes empfohlen.

### **Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatriepplanes 1995**

*Im NÖP95 wurde für jeweils eine Region die Errichtung eines regionalen psychiatrischen Zentrums empfohlen, das neben einer psychiatrischen Akutbetten-Abteilung und einer Tagesklinik auch über ein rund um die Uhr zur Verfügung stehendes Krisen-/Notfallteam (Psychiater und andere Berufsgruppen), das telefonisch, ambulant und mobil tätig ist, verfügt.*

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

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

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

## **Evaluation 2003**

### **B.1.3.1 Zielgruppe**

Bei der Zielgruppe für den Krisendienst handelt es sich um Personen mit akuten psychiatrischen Erkrankungen (u.a. psychischer und/oder organischer Natur), aber auch um Personen, die nicht zwangsläufig psychisch erkrankt sein müssen, die sich aber in einer akuten seelischen Krise bzw. Notsituation befinden. Die Auslöser für solche psychischen Belastungssituationen reichen von familiären Konflikten und Gewalterfahrungen bis hin zum Verlust nahe stehender Menschen bzw. Katastrophenfällen. Personen mit bereits bekannten psychischen Erkrankungen sind infolge ihrer spezifischen Vulnerabilität besonders anfällig dafür, in seelische Krisen zu geraten und machen daher den größten Personenanteil innerhalb der Zielpopulation aus. Suizidalität, Ängstlichkeit und Aggressivität und die Involvierung von Alkohol und Drogen sind typische Probleme bei psychiatrischen Notfällen und psychosozialen Krisen.

### **B.1.3.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen**

Nach dem NÖ Gemeinde-Rettungsdienstgesetz haben die Gemeinden im Rahmen des Gemeinde-Rettungs- und Krankenbeförderungsdienstes zu gewährleisten, dass für die Leistung der Ersten Hilfe und für die Beförderung von Personen, die in der Gemeinde eine erhebliche Gesundheitsstörung erlitten haben oder wegen ihres Gesundheitszustandes kein gewöhnliches Verkehrsmittel benutzen können, entsprechende Einrichtungen zur Verfügung stehen.

Die Gemeinden haben, sofern sie nicht selbst den Gemeinde-Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst betreiben, diesen durch Abschluss eines Vertrages mit physischen oder juristischen Personen, die über geeignete Einrichtungen verfügen, sicherzustellen. In diesem Vertrag hat sich die Gemeinde auch zu einem jährlich zu entrichtenden Rettungsdienstbeitrag zu verpflichten.

In den „Gemeinsamen Niederlassungsrichtlinien zwischen Ärztekammer für Niederösterreich und NÖ Gebietskrankenkasse“ wird u. a. auch der Bereitschaftsdienst geregelt. Der

„Wochentagsnachtbereitschaftsdienst“ wurde allerdings seit Ende 1994 von der Mehrheit aller Allgemeinmediziner mangels entsprechender Honorierung sistiert. Als Ersatz dafür wurde eine Vereinbarung der NÖ Landesregierung mit der NÖ Ärztekammer über die flächendeckende Einführung des NÖ Ärztedienstes getroffen.

### **B.1.3.3 Aktuelle Versorgungslage**

Die derzeitige Versorgungssituation in Niederösterreich ist dadurch gekennzeichnet, dass es außer der Möglichkeit einer Einweisung in eine stationäre psychiatrische Abteilung keinen umfassend tätigen, psychiatrischen Not- und Krisendienst gibt. Ein vom NÖGUS-S eingerichtetes und betriebenes Krisentelefon hat Anfang 2000 den Betrieb aufgenommen und bietet eine zentrale „sozialpsychiatrische telefonische Krisenberatung“ an. Darüber hinaus bietet der PSD ein Krisenmanagement für die von ihm betreuten Klienten an.

Verfügbar sind in Niederösterreich hingegen die allgemein-medizinischen Notfallsysteme, die auch jetzt schon prinzipiell für psychiatrische Not- und Krisenfälle abgerufen werden. Eine Einschätzung des Anteils an psychiatrischen Kontakten bei Einsätzen dieser Dienste ist nicht bekannt, aus internationalen Vergleichen lässt sich allerdings ein Anstieg in der Inanspruchnahme dieser Dienste auch für Niederösterreich annehmen.

### **Psychosoziale Krisenberatung (Krisentelefon)**

Die von NÖGUS-S seit dem Jahr 2000 betriebene Psychosoziale Krisenberatung ist bis dato ausschließlich telefonisch tätig. Der Dienst ist von Montag bis Freitag von 19:00 – 7:00 Uhr und samstags, sonntags und feiertags rund um die Uhr unter einer kostenlosen Telefonnummer (0800/202016) erreichbar. Die Beratung ist kostenlos und anonym und wurde im Jahr 2001 insgesamt 1551mal in Anspruch genommen<sup>35</sup>. Die Gesamtgesprächsdauer betrug im Jahr 2001 36.096 Minuten bei durchschnittlich 3,2 Anrufen je Dienst und einer durchschnittlichen Dauer von 23 Minuten pro Gespräch. Das Beratungsteam ist multidisziplinär besetzt und besteht aus Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Psychologen, diplomierten Sozialarbeitern und Ärzten.

## **Krisendienst durch den PSD**

Der PSD übernimmt derzeit für seine längerfristig betreute Klientel auch die Funktion des Krisenmanagements. Aufgrund mangelnder personeller Ressourcen und der Nicht-Zuständigkeit für bestimmte gerontopsychiatrische sowie kinder- und jugendpsychiatrische Patienten wird dieses - zeitlich aufwändige und inhaltlich anspruchsvolle - Angebot allerdings bisher nur begrenzt angeboten und entspricht gegenwärtig noch nicht den Kriterien eines umfassenden psychiatrischen Not- und Krisendienstes.

In der vorliegenden Evaluation des NÖP95 wird für die PSDs eine grundlegende konzeptuelle Reorganisation vorgeschlagen, im Rahmen derer die PSDs in ihren jeweiligen Bezirken tagsüber an Werktagen auch die flächendeckende telefonische, ambulante und mobile psychiatrische Not- und Krisenversorgung erbringen sollen (s. Kapitel B.2.3). Zielgruppe dieser Maßnahmen sollen in erster Linie jene Personen sein, für die der PSD die Versorgungsverantwortlichkeit übernommen hat, aber auch jene Bewohner des jeweiligen Einzugsgebietes, die einer psychiatrischen Not- und Krisenhilfe bedürfen, ohne zuvor mit dem PSD in regelmäßigem Kontakt gestanden zu haben, insofern sie nicht durch andere (z.B. niedergelassene FachärztInnen für Psychiatrie) erbracht wird. Zu den Zeiten der PSD-Zuständigkeit für den psychiatrischen Not- und Krisendienst sollten auch Abstimmungen mit den zuständigen RZSGs bzw. den dislozierten Tageskliniken erfolgen. Der hier vorgeschlagene psychiatrische Not- und Krisendienst seitens der PSDs erfordert auch elaborierte Konzepte der Kooperation und Abstimmung mit den anderen Anbietern medizinischer und psychiatrischer Krisen- und Notfallinterventionen.

## **NÖ Notarztdienst**

Der bodengebundene Rettungs- und Krankentransportdienst (RKT) wird in NÖ primär vom Österreichischen Roten Kreuz (ÖRK - Landesverband Niederösterreich) und dem Arbeiter-Samariter-Bund (ASB) abgedeckt. Das RK verfügte im Jahr 2001 über insgesamt 55 Bezirksstellen (siehe unten), die wiederum mehrere Ortsstellen umfassten. Der ASB unterhält regional verteilt 25 Gruppen (in den Bezirken Baden, Lilienfeld, Melk, Mödling,

---

<sup>35</sup> Quelle: Jahresbericht 2001 – Psychosoziale Krisenberatung

Neunkirchen, St. Pölten Stadt & Land, Wien-Umgebung und Zwettl). Insgesamt wurden von diesen beiden Organisationen im Jahr 2001 mehr als 600.000 Einsätze (rund 1.600 pro Tag) gefahren. 14% davon fuhr der ASB. Das RK Niederösterreich verfügt über 24 Notarztwagen bzw. Notarzteinsatzfahrzeuge und über rund 560 Rettungs- und Krankentransportwagen (NÖ Gesundheitsbericht 2002, S. 58). Unter der Tel. Nr. 144 wird eine Leitstelle erreicht, in der ein diensthabender Sanitäter über die Aktivierung des Notarztes oder des Rettungsdienstes oder des NÖ Ärztedienstes entscheidet und die weiteren Schritte veranlasst.

Derzeit gibt es eine große Anzahl von Leitstellen, die aber zukünftig auf 4-5 Zentralleitstellen reduziert werden sollen. Hier wäre eine Zusammenführung von NÖ Ärztedienst und NÖ Notarzdienst zielführend. Die derzeitigen Leitstellen betreibt ausschließlich das Rote Kreuz Niederösterreich, das für den Rettungseinsatz eigene Fahrzeuge und Fahrzeuge des Arbeiter-Samariter-Bundes zum Einsatz bringt.

## **NÖ Ärztedienst**

Der NÖ Ärztedienst ist unter der Nummer 141 erreichbar und in der Zeit von Montag bis Freitag zwischen 19 und 07 Uhr mit einem Telefonarzt und einem - im Bezirk tätigen - Bereitschaftsarzt besetzt. Eine Ausnahme bilden die Tage vor einem Feiertag und die Feiertage selbst, an denen – genauso wie am Wochenende - die Sprengelärzte<sup>36</sup> (s.u.) einen Bereitschaftsdienst versehen.

Über Vermittlung von vier Zentralstellen („*Call-Center*“ in *Amstetten, St. Pölten, Mistelbach und Wr. Neustadt*) wird entweder eine Verbindung zum zuständigen Bereitschaftsarzt (Arzt für Allgemeinmedizin ohne zwingendes Notarztdekret) hergestellt oder aber der Notarzt (144) aktiviert. Der 141-Dienst bietet neben telefonärztlicher Auskunft einfache Behandlungsmöglichkeiten (Nachtapotheke) wie auch Informationen für weitere ärztliche Maßnahmen an. Bei Abgabe einer Medikamenten-Originalpackung wird ein Rezept ausgestellt und einbehalten. Der Patient bezahlt in diesem Fall die derzeitige Rezeptgebühr. Die Weiterbehandlung am Folgetag wird wie herkömmlich durch den Hausarzt durchgeführt.

---

<sup>36</sup> Der zwischen NÖ Gebietskrankenkassa und Ärztekammer für NÖ vereinbarte Stellenplan sieht Kassaplanstellen vor, die, bei Ärzten für Allgemeinmedizin nach Sanitätssprengeln aufgeteilt werden bzw. bei Fachärzten nach Bezirken.

In Akutsituationen erfolgt eine Einweisung ins nächstgelegene Krankenhaus oder das Beiziehen des Notarztes. Außerhalb der Ansprechzeiten (Wochenenden und Feiertage) wird automatisch zum Rettungs- bzw. Notarztendienst 144 weitergeleitet.

Durch die bestehende Vertragslage mit den Sozialversicherungsträgern sind die niedergelassenen Ärzte für Allgemeinmedizin (ÄFA) zu diesen Zeiten verpflichtet, die ärztliche Versorgung zu gewährleisten. Großteils lassen sich diese „Sprengelärzte“ dabei durch ärztliche Kollegen (die nicht niedergelassen sind) vertreten. Diese müssen vom zuständigen Sprengelarzt der Ärztekammer als Vertretung für ihren Wochenend- bzw. Feiertagsnachtbereitschaftsdienst gemeldet werden. In der Praxis sind das wenige Ärzte, die mit vielen Diensten diese Vertretungen durchführen.

Ursprünglich wollten die „Sprengelärzte“ für die Ausdehnung ihrer Nachtbereitschaft auf die Wochentage eine zusätzliche finanzielle Abgeltung, wofür die Versicherungsträger nicht bereit waren. Das führte zu einem Versorgungsvakuum, das schlussendlich durch den NÖ Ärztedienst als Ergebnis einer Vereinbarung zwischen der NÖ Landesregierung und der NÖ Ärztekammer gefüllt werden konnte. Zuständig seitens der NÖ Ärztekammer sind die Referate für „Bereitschaftsdienst & Funk“ und für „Notfall- und Rettungsdienste“ sowie für „Katastrophenmedizin“.

Der NÖ Ärztedienst ist für das Bundesland Niederösterreich in 35 Regionen eingerichtet. Die Regionen entsprechen zum Teil den NÖ Bezirken, teilweise sind die Regionen verkleinert, verbunden mit einer anteilmäßig niedrigeren Honorierung. Der diensthabende Visitenarzt erhält derzeit pro Nacht EUR 116,25 für eine ganze Region. Zusätzlich wird pro Visite der Betrag von EUR 58,14 inkl. Wegegebühren und pro getätigter Ordination ein Betrag von EUR 18,17 honoriert. Erfahrungsgemäß fallen pro Nachtdienst 4 bis 5 Einsätze an. Die Honorierung für die Telefonärzte in den Call-Centern erfolgt mit EUR 218,02 pro Nacht.

### **Psychosoziales Akut-Team**

Das Psychosoziale Akut-Team wurde auf Grund von Erfahrungen bei der Betreuung von Angehörigen in plötzlich auftretenden extremen Krisensituationen im Jahr 2001 nach katastrophalen Ereignissen (wie z.B. der Gasexplosion in Wilhelmsburg im Dezember 1999)

aufgebaut und ist für Einsätze bei größeren Katastrophen, aber auch bei katastrophalen Ereignissen im persönlichen Bereich vorgesehen.

Die Dienste des Psychosozialen Akut-Teams können in folgenden Fällen beansprucht werden: Unfall mit Todesfolgen, Mord, Suizidversuch, Unfall mit Schwerverletzten, Identifizierung einer nahestehenden Person, Gewaltdelikte, plötzlicher Tod zu Hause, Schuld am Tod anderer.

In fünf Regionen Niederösterreichs stehen derartige Akutteams zur Verfügung. Zentrale Anlaufstelle ist dabei das Landhausviertel in St. Pölten, wo rund um die Uhr ein telefonischer Bereitschaftsdienst anwesend ist und - auf Wunsch der Betroffenen - das jeweilige Akutteam in der Region verständigt. Der Dienst kann nicht über die Betroffenen selbst abgerufen werden, sondern ist nur über den Behördenweg (Gendarmerie oder Polizei, Bezirkshauptmannschaften, Amtsärzte, Sozial- oder Jugendabteilungen, sozialpsychiatrische Abteilungen der Krankenhäuser, Notärzte und Mitarbeiter der Rettungsdienste) aktivierbar. Bei Wunsch der Betroffenen nach psychologischer/psychotherapeutischer Betreuung können sie eine Fachberatung im Ausmaß von sechs Stunden kostenlos in Anspruch nehmen (vom Land Niederösterreich mit rund 140.000 Euro im Jahr 2002 unterstützt). Darüber hinaus werden sie auf weitere Betreuungsangebote, wie beispielsweise Selbsthilfegruppen verwiesen. Die interdisziplinäre Plattform der im Akutteam tätigen Fachkräfte besteht aus 40 Psychologen, Psychotherapeuten, Ärzten und Diplom-Sozialarbeitern. Das Akut-Team arbeitet in enger Kooperation mit dem NDÖ (Notfallpsychologischer Dienst Österreichs).

### **Notruftelefon / Sozialstationen**

Das Notruftelefon soll älteren, kranken oder pflegebedürftigen Personen die Sicherheit bieten, im Notfall durch einen einfachen Druck am Knopf des Funksenders am Armband oder an der Halskette einen automatischen Notruf auslösen zu können. In der Reihenfolge der eingespeicherten Nummern werden sie mit Nachbarn, Verwandten oder den Tag und Nacht besetzten Zentralen der Anbieter bzw. Rettungsgesellschaften verbunden. Anbieter sind die Träger von Sozialdiensten. Für die Anschlussgebühr und die monatliche Miete kann für Personen mit Hauptwohnsitz in Niederösterreich, die ein Pflegegeld beziehen bzw. von der

Fernsprechgrundgebühr befreit sind, ein Kostenzuschuss durch das Land Niederösterreich gewährt werden.

## **B. 1.3.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung**

### **Stärken-Schwächen-Analyse**

Bei der Analyse zur aktuellen Versorgung durch Not- und Krisendienste zeigt sich ein mittlerweile - aus mehreren eigenständigen Subsystemen zusammengesetztes - Gesamtsystem für medizinische Notfälle, das täglich und rund um die Uhr notfallmedizinische Interventionen vorhält. Aufgrund seiner akut-medizinischen Ausrichtung wird dieses Notdienstsystem in der Praxis auch bei psychiatrischen Notfällen als Anlaufstelle genutzt. Problematisch erscheint dabei allerdings, dass bei psychiatrischen Notfällen ein anderes Vorgehen als bei somatischen Notfällen erforderlich ist, und diese Spezialisierung derzeit bei den im allgemein-medizinischen Notdienst tätigen ÄrztInnen nicht im erforderlichen Ausmaß gegeben erscheint.

Der derzeit bestehende ärztliche Notdienst in NÖ setzt sich aus vielen Teilsystemen zusammen:

- Niedergelassene Ärzte für Allgemeinmedizin als Sprengelärzte, verantwortlich für den Nachtbereitschaftsdienst an Wochenenden und Feiertagen
- die Vertretungen der Sprengelärzte
- der NÖ Ärztedienst ohne Notarztdekret
- der Notarztendienst

Diese Auftrennung in mehrere Subsysteme bringt naturgemäß Abstimmungsprobleme mit sich und sollte in weiteren Organisationsentwicklungsschritten überwunden werden.

Eine spezielle Problematik stellt der Umgang mit Zwangseinweisungen dar. Mit einem 1999/2000 von NÖGUS-S organisierten Projekt zur Schulung von Exekutivbeamten wurde dieser Problematik begegnet. Dieses Projekt hatte zum Ziel, den Beamten mehr Sicherheit im Umgang mit Personen in psychischen Not- und Krisenfällen zu vermitteln sowie die Kooperation zwischen der Exekutive und den psychiatrischen Diensten und Einrichtungen zu verbessern.

Eine weitere Problemzone in der derzeitigen Versorgungspraxis ergibt sich bei Personen mit Intoxikationen nach einem Suizidversuch. In solchen Fällen müssen die mit Überwachungsmöglichkeiten besser ausgestatteten internen Abteilungen in Anspruch genommen werden. Bei gleichzeitiger Zwangseinweisung stellt diese Vorgangsweise allerdings eine gesetzlich noch ungelöste Grauzone dar. Eine mögliche Lösung würden interdisziplinäre Zentralaufnahmen - wie im Donauklinikum geplant - darstellen, in denen u. a. auch Notärzte tätig sein könnten, die einerseits eine „Filterfunktion“ hinsichtlich der Aufnahmeentscheidung übernehmen und andererseits auch die Inanspruchnahme von kurzzeitigen „Notfallbetten“ mit entsprechender Überwachung nützen könnten.

Die seit dem Jahr 2000 in NÖ eingerichtete psychosoziale Krisenberatung beschränkt sich lediglich auf telefonische Beratungsgespräche. Direkte ambulante bzw. mobile Kontakte sind bis jetzt nicht vorgesehen, werden aber von allen relevanten Interessensgruppen als dringend notwendig eingestuft.

Die in den vorhandenen Diensten und Einrichtung selbst organisierten Vorkehrungen für Notfallsituationen stellen ein zusätzliches bestehendes Angebot dar, das allerdings in seinem Wirkungskreis - so wie derzeit noch beim PSD - auf die jeweils dort betreuten Patienten beschränkt ist, und eher auf psychosoziale Krisenintervention als auf Interventionen bei Notfällen ausgerichtet ist.

In ähnlicher Weise reicht vermutlich bei psychiatrischen Notfällen auf einer somatischen Abteilung in einem Krankenhaus ein bestehender (zeitlich ja sehr begrenzter) Konsiliardienst nur beschränkt aus. Auch hier wäre eine Ergänzung durch die mögliche Inanspruchnahme eines zukünftigen psychiatrischen Notdienstes durch das Krankenhaus sinnvoll. Ob dies dann letztlich über eine gemeinsame Notrufnummer geschehen soll oder über eine exklusive Kontaktaufnahme müsste noch überprüft werden.

Die externe psychiatrische Notfall- und Krisenintervention in den bestehenden Pensionisten- und Pflegeheimen und den betreuten Wohnformen findet derzeit ebenfalls in keiner systematischen Weise statt. In der Praxis wird in jenen Fällen, denen mit den verfügbaren Ressourcen der Einrichtungen nur eingeschränkt begegnet werden können, der NÖ

Ärztendienst oder der Rettungsdienst herangezogen. Nicht zuletzt spielen bei dieser Entscheidung pekuniäre Überlegungen der Einrichtung eine Rolle.

Zusammenfassend ist als Charakteristikum bei der derzeitigen Angebotsstruktur die Auftrennung in mehrere selbstständig organisierte akut-medizinische Notdienstsysteme, die deshalb zusätzliche Schnittstellenprobleme mit sich bringt, und das Fehlen einer gemeinsam anwählbaren Telefonnummer hervorzuheben. Dass es darüber hinaus auch noch eine eigene Telefonnummer für die psychosoziale Krisenberatung gibt, erschwert für die Nutzer noch zusätzlich eine rasche Orientierung und Inanspruchnahme in einer Notfallsituation.

### **Umsetzungsempfehlungen**

Für jede der sieben Psychiatrieregionen sollte ein - an Wochentagen während der Nacht und an Wochenenden und Feiertagen rund um die Uhr tätiger - Krisendienst am RZSG eingerichtet werden<sup>37</sup>. Das Problem für einen Krisendienst in einem Flächenbundesland wie Niederösterreich besteht in den organisatorischen Maßnahmen, die eine rasche Verfügbarkeit der Hilfe garantieren. Zu diesem Zweck sind - anders als in den Großstädten, in denen die sozialpsychiatrischen Modelle ursprünglich entwickelt wurden - spezifische Vorkehrungen zu treffen, vor allem ist auch mit bereits existierenden nicht-psychiatrischen Not- und Krisendiensten eine enge Kooperation zu suchen.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über den gegenwärtigen Zeitplan der Bereitschaftsdienste von Notarzt, Ärztendienst und Sprengelärzten sowie einen möglichen Zeitplan für den Krisendienst durch den PSD und das RZSG.

---

<sup>37</sup> An Werktagen sollte tagsüber der PSD diese Funktion übernehmen und dabei eng mit dem RZSG zusammenarbeiten (siehe Kap. B.2.3)

**Tabelle 1**

Tage	Zeiten	Ärztliche Notdienste			Psychiatrischer Not- und Krisendienst	
		Notarzt-dienst	Ärzte-dienst	Sprengel-ärzte	PSD	RZSG
Mo – Fr (Werktage)	07.00 – 19.00	x			x	(x) 1)
Mo – Fr (Werktage)	19.00 – 07.00	x	x	x		x
Sa – So, Feiertage	07.00 – 07.00	x		x		x

1) Das RZSG am zentralen Ort jeder Psychiatrieregion ist auf jeden Fall zur Leistung von „Erster Hilfe“ im Krankenhaus verpflichtet.

In Niederösterreich sind mit den oben beschriebenen Anbietern von medizinischen und psychiatrischen Not- und Kriseninterventionen umfassende Kooperationsbeziehungen herzustellen. In Anbetracht der Komplexität der Gesamtmaterie wird die Planung und Umsetzung dieser kooperativen Strukturen im Rahmen eines Modellprojektes empfohlen.

Die Kooperationstrukturen mit dem zukünftig durch die PSDs im jeweiligen Bezirk tagsüber an Werktagen vorzuhaltenden Krisendienst bedürfen der Entwicklung elaborierter Konzepte, nicht zuletzt deshalb, weil zeitliche Überschneidungen klare Zuständigkeitsdefinitionen notwendig machen (Zeitpunkt und Dauer einer Krise werden sich nicht immer mit den hier vorgeschlagenen Betriebszeiten in Einklang bringen lassen).

Die gegenseitige, möglichst punktgenaue „Zuweisung“ von Personen in einer psychischen Krisen- bzw. Notfallsituation verlangt die Ausarbeitung klarer Tätigkeits- und Zielgruppenprofile und eine gemeinsame Festlegung der Ablaufschemata.

Die Integration der den RZSGs zugeordneten Krisendienste in die stationären bzw. teilstationären Funktionsbereiche - hinsichtlich der gemeinsamen Nutzung personeller,

infrastruktureller und finanzieller Ressourcen - bedarf einer detaillierten Ist-Analyse der Gegebenheiten, deren Ergebnis zufolge entsprechende Modelle entwickelt werden könnten.

Im Hinblick auf die - wegen der großen zu versorgenden Gebiete - konzipierten dezentralen psychiatrischen Tageskliniken wäre zu überlegen, ob diese dezentralen Tageskliniken in gewisser Weise auch als sogenannte dislozierte Zweigstellen für den Krisendienst fungieren könnten. Es wäre denkbar, dass MitarbeiterInnen dieser Tageskliniken angeboten wird, turnusmäßig im Krisendienst tätig zu werden

Der Krisendienst soll nachts und an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen rund um die Uhr tätig sein und die folgenden Kontaktmodalitäten anbieten:

- a) Telefonische Komponente
- b) Ambulante Komponente
- c) Mobile Komponente

#### a) Telefonische Komponente

Diese Komponente umfasst einerseits den Bereich der telefonischen Krisenintervention, d.h. der Beratung und Unterstützung von Personen in einer Krisensituation im Rahmen eines Telefongespräches. Zum anderen ist der Telefonkontakt die häufigste Form, in der Menschen mit dem Krisenteam in Verbindung treten, um über ihre Situation zu informieren. Auf der Grundlage des Telefonates wird in der Regel eingeschätzt, welche weiteren Krisen- bzw. Notfallinterventionsmaßnahmen zu initiieren sind. Je nach Organisationsmodell des Krisendienstes können die Anrufe durch die MitarbeiterInnen direkt im RZSG entgegengenommen werden oder – unter Nutzung technischer Möglichkeiten (Rufweiterleitung an Handys) – unabhängig von diesem Standort. Der Vorteil der Standortgebundenheit liegt in der Möglichkeit der nahtlosen anschließenden Durchführung ambulanter und mobiler Krisen- und Notfallinterventionen.

Der Telefondienst soll nicht nur die erste Anlaufstelle für die Betroffenen bzw. die in deren Krisen involvierten Personen (Angehörige, Nachbarn, Polizei und Gendarmerie, Personal von Einrichtungen, etc.) sein, sondern auch für die Vermittler (Notruf-Leitstellen) bzw. Anbieter (Ärzte, Rettungsdienst) medizinischer und psychiatrischer Notfalls- und Kriseninterventionsmaßnahmen.

#### b) Ambulante Komponente

Die ambulante Notfall- und Krisenintervention besteht in Diagnose-, Behandlungs- Beratungs- und Therapiemaßnahmen für Personen, die aufgrund einer psychischen Krise bzw. Notfallsituation den Krisendienst am Standort der Bettenabteilung des RZSG aufsuchen. Im Zuge der ambulanten Krisen- bzw. Notfallintervention kann es sich im Einzelfall herausstellen, dass eine (teil)stationäre Aufnahme in das RZSG indiziert ist. In diesen Fällen werden die nötigen Schritte für eine Aufnahme eingeleitet.

#### c) Mobile Komponente

Im Rahmen mobiler psychiatrischer Not- und Kriseninterventionen werden Personen in akuten psychischen Krisen bzw. Notfallsituationen in ihrem Lebensfeld bzw. an dem Ort, wo

sie sich aktuell befinden, aufgesucht. Tätigkeitsbereiche der mobilen Einsatzteams sind somit sämtliche Örtlichkeiten in der Psychiatrieregion, wie Wohnungen, Gasthäuser, öffentliche Einrichtungen, etc., aber auch Heime und betreute Wohneinrichtungen, z.B. für alte Menschen und Personen mit geistigen Behinderungen. Die mobilen, in der Regel mit PKWs erfolgenden Einsätze sind durch Teams von mindestens zwei Personen zu leisten, die – je nach Organisationsmodell - entweder gemeinsam vom Stützpunkt aus den Einsatzort aufsuchen oder erst im akuten Einsatzfall (über Handy) zusammengeführt werden. Das Team sollte prinzipiell multiprofessionell sein (Arzt/Ärztin und Mitarbeiter aus einer anderen Berufsgruppe) und auch entsprechend ausgestattet sein, um medikamentöse Behandlungen durchführen zu können.

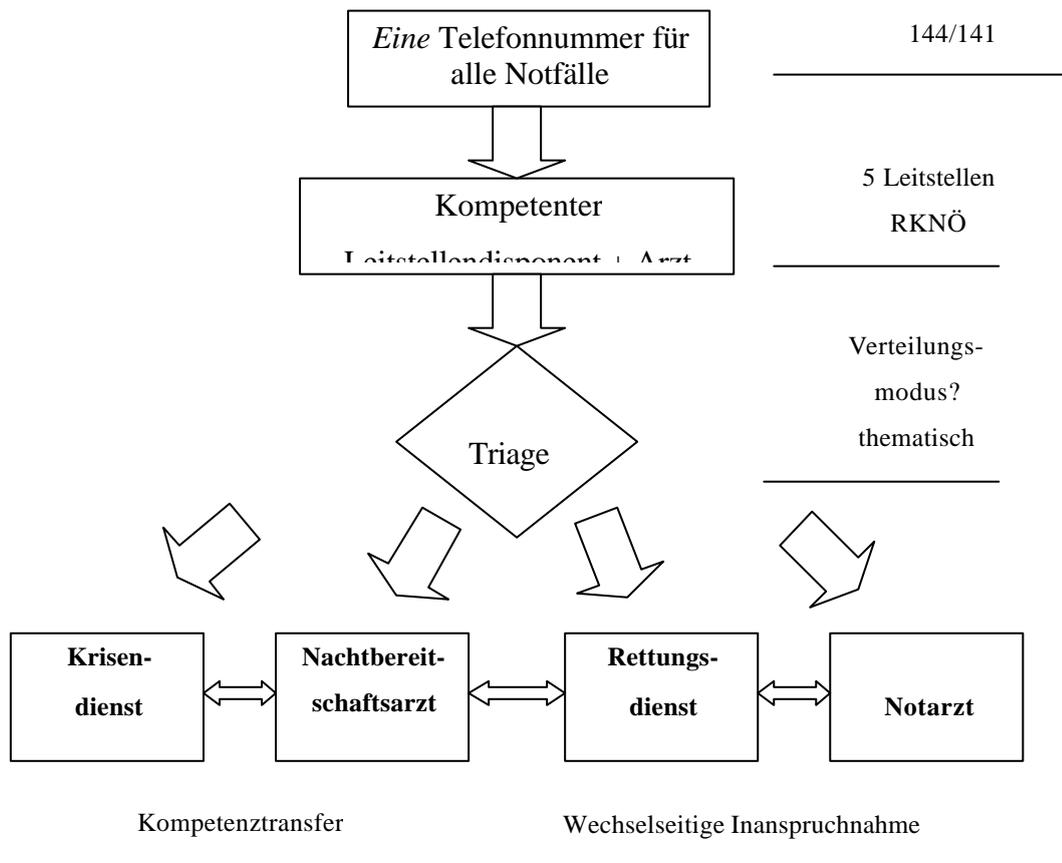
Die Einsätze des Krisendienstes sollten nach einer Triage durch die allgemeinen Leitstellen für den ärztlichen Notdienst angefordert werden können bzw. auch dann tätig werden, wenn er im Zuge eines Telefongespräches eine mobile Intervention als indiziert erachtet.

### **Vorschlag für ein Organisationsmodell des Krisendienstes**

Als geeignete Organisationsvariante bietet sich ein integriertes Modell an, bei dem ausgewähltes Personal aus dem RZSG, den dislozierten psychiatrischen Tageskliniken und dem PSD - unterstützt durch Fachkräfte aus dem niedergelassenen Bereich - zu einem Personalpool zusammengeführt werden.

Ein Vorschlag für die Gestaltung der Zuweisungsabläufe, der von einer einheitlichen telefonischen Anlaufstelle für alle medizinischen und psychiatrischen Notfälle / Krisen ausgeht, ist im folgenden Schema dargestellt. Wesentlich ist, dass ein kompetenter Leitstellendisponent eine Triage durchführt, über die auch der Krisendienst aktiviert werden kann.

**Abbildung 1**



### Modellerprobung

Für den Krisendienst sollte in einer geeigneten Region, in der bereits ein RZSG mit Vollversorgung (inkl. Behandlung nach UBG) und ein gut ausgebautes PSD vorhanden sind, ein Modellversuch eingerichtet werden, damit die dort gewonnenen Erfahrungen auf die anderen Regionen übertragen werden können.

# **Teil B**

## **Kapitel 2**

### **Ambulante und mobile Dienste auf Bezirksebene**

#### Übersicht

- B.2.1 Niedergelassene PsychiaterInnen
- B.2.2 Konsiliarpsychiatrische Versorgung von PatientInnen in  
Allgemeinkrankenhäusern und in Heimen
- B.2.3 Psychosoziale Dienste
- B.2.4 Niedergelassene PsychotherapeutInnen und PsychologInnen
- B.2.5 Niedergelassene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin
- B.2.6 Soziale Dienste

## Übersicht zu „B.2 Ambulante und mobile Dienste auf Bezirksebene“

Ambulante und mobile (also „aufsuchende“) Dienste sind in den letzten 50 Jahren vielfältig geworden. Gegenüber der ursprünglichen Situation mit lediglich wenigen niedergelassenen „NervenärztInnen“ und praktischen ÄrztInnen stehen heute u.a. zusätzlich zur Verfügung: niedergelassene klinische -und GesundheitspsychologInnen und PsychotherapeutInnen, psychosoziale Dienste, Heimhilfen jeder Art. Der Kommunikations- und Koordinationsbedarf ist damit deutlich gewachsen (siehe Kapitel D.1). Diese Dienste sind nahe an der Bevölkerung („im Bezirk“) angesiedelt und umfassen:

- Niedergelassene PsychiaterInnen
- Konsiliarpsychiatrische Versorgung von PatientInnen in Allgemeinkrankenhäusern
- Psychosoziale Dienste für Erwachsene einschließlich alter Menschen
- Niedergelassene PsychotherapeutInnen sowie klinische -und GesundheitspsychologInnen
- ÄrztInnen für Allgemeinmedizin mit und ohne PSY-Diplom
- nicht-psychiatrische FachärztInnen mit und ohne PSY-Diplom
- andere Beratungsstellen jeder Art (einschließlich z.B. Alkohol, Drogen)
- soziale Dienste (Heimhilfe, Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern, psychosoziale Begleitung der Sozialdienste, AltenbetreuerInnen etc.)
- andere Berufsgruppen<sup>38</sup>

Leitlinie 7 des Niederösterreichischen Psychiatrieplanes 1995 („Subsidiaritätsprinzip – Zusammenspiel zwischen privatem Sektor und öffentlicher Absicherung von privat nicht abgedeckten Behandlungs- und Betreuungsbedürfnissen) bedeutet für die ambulante und mobile psychiatrische Versorgung, dass durch öffentlich finanzierte ambulante und mobile Dienste solche Dienstleistungen erbracht werden sollen, die von niedergelassenen ÄrztInnen und anderen niedergelassenen Berufsgruppen nicht geleistet werden.

Für die psychiatrische Versorgung heißt dies, dass – neben der rund um die Uhr erforderlichen Krisenversorgung – die ambulante und mobile Betreuung von psychisch

---

<sup>38</sup> In verschiedenen Diensten und Einrichtungen, aber auch im niedergelassenen Bereich sind verschiedene weitere Berufsgruppen tätig, auf die im Kernteil des Berichtes nicht näher eingegangen wird. Sie werden im Anhang beschrieben.

schwer kranken PatientInnen, die wegen reduzierter Krankheitseinsicht oder verringerter Motivation eine besonders niedrige Schwelle für das ambulante Aufsuchen von fachlicher Hilfe benötigen bzw. prinzipiell dort aufgesucht werden müssen, wo sie wohnen, von der öffentlichen Hand geplant und zur Verfügung gestellt werden soll. Im wesentlichen handelt es sich dabei um PatientInnen mit komplexen psychiatrisch-psychosozialen Problemen. Das Kriterium der Ablehnung psychiatrischer Hilfe bzw. fehlender oder geringer Motivation, solche Hilfen in Anspruch zu nehmen, bedeutet, dass darum „geworben“ werden muss, dass die Betroffenen Hilfe in Anspruch nehmen. Auch Unterbringungen nach dem Unterbringungsgesetz sollten von derartigen Diensten, je nach Gegebenheit in Kooperation mit den anderen ambulanten und mobilen Diensten (niedergelassenen PsychiaterInnen), im Sinne einer „procedural justice“ mediiert werden.

In einer am 29. Jänner 2002 geschlossenen Grundsatzvereinbarung zwischen der Niederösterreichischen Ärztekammer und allen anderen in der ambulanten psychiatrischen Versorgung tätigen Dienste wurde prinzipiell festgestellt, dass die Versorgungszuständigkeit der PSD-Träger in NÖ insbesondere zur ärztlichen Betreuung und Behandlung von schwerkranken und multimorbiden psychiatrisch Erkrankten rechtlich möglich ist und einvernehmlich anerkannt wird. Für den PSD wurde die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich (Fachärzte und Psychotherapeuten) ausdrücklich erklärt. Außerdem bestand Einvernehmen, dass die Zahl der Kassen-Planstellen für Fachärzte für Psychiatrie in NÖ für eine angemessene Versorgung unzureichend ist und erhöht werden soll.

# **Teil B**

## **Kapitel 2.1**

### **Niedergelassene PsychiaterInnen auf Bezirksebene**

Übersicht

Aussagen des Niederösterreichischen  
Psychiatrieplans 1995

Evaluation

B.2.1.1. Zielgruppe

B.2.1.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen

B.2.1.3 Aktuelle Versorgungslage

B.2.1.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung

## Übersicht zu „B.2.1 Niedergelassene PsychiaterInnen auf Bezirksebene“

Aufgrund der historischen Entwicklung in Österreich und Deutschland ist die ambulante Versorgung von kranken Menschen schwerpunktmäßig auf den so genannten „niedergelassenen Bereich“ konzentriert. De facto heißt dies, dass einerseits ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, andererseits FachärztInnen der verschiedensten Gebiete in Solopraxen tätig sind. Versorgungswirksam für die Psychiatrie sind FachärztInnen dann, wenn sie dem alten Typ des „Facharztes für Psychiatrie und Neurologie“ oder „Neurologie und Psychiatrie“ entsprechen oder dem neuen Typ des „Facharztes für Psychiatrie“, und insofern sie Verträge mit den Krankenkassen haben (Vertragsärzte) oder als „Wahlärzte“ tätig sind.

Niedergelassene PsychiaterInnen sind prinzipiell für Diagnose und Behandlung aller Personen mit psychischen Krankheiten zuständig, sofern diese Behandlung ambulant möglich ist und die Betroffenen willens und in der Lage sind, die niedergelassenen PsychiaterInnen (innerhalb der Öffnungszeiten der Ordination) aufzusuchen.

Im Jänner 2003 waren laut Ärzteverzeichnis der NÖ Ärztekammer in ganz Niederösterreich 14 FachärztInnen für Psychiatrie (und Neurologie) sowie 15 Fachärzte für Neurologie (und Psychiatrie) mit §2-Kassenvertrag in eigener Praxis tätig. Vergleicht man die Ist-Situation mit 14 FachärztInnen für Psychiatrie (und Neurologie) mit der Soll-Situation auf Basis des empfohlenen Sollwerts von einem Facharzt/einer Fachärztin für Psychiatrie je 30.000 Einwohner, so zeigt es sich, dass dieser Sollwert um das rund 3,7-Fache höher liegt als der Ist-Wert, was einem rund 27%igen Realisierungsgrad entspricht.

Im Jänner 2003 wurden im Ärzteverzeichnis der NÖ Ärztekammer insgesamt 57 niedergelassene FachärztInnen für Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie an 63 (0,04/1000 EW) NÖ Adressen angegeben, inklusive der oben dargestellten 14 (24,6%) Personen mit einem §2-Vertrag. Insgesamt besaßen im Jänner 2003 38 (66,7%) der 57 FachärztInnen für Psychiatrie eines (n=9) oder mehrere (n=29) PSY-Diplome der Österreichischen Ärztekammer; unter den FachärztInnen für Neurologie waren es 15 Personen (31,3%).

Hinsichtlich der Angebotsorganisation wird die Organisationsform von Gruppenpraxen bevorzugt und die Erreichbarkeit der behandelnden ÄrztInnen für die Zeit zwischen 8:00 und 19:00 Uhr Montag bis Freitag vorgeschlagen<sup>39</sup>. Der Psychiater/die Psychiaterin soll Motor und aktives Mitglied beim Aufbau eines psychosozialen Netzwerkes sein, welches in engster Kooperation mit den bestehenden Netzwerken rund um die bereits vorhandenen Institutionen in Niederösterreich tätig ist.

### **Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplanes 1995**

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

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

*In dem hier vorgelegten Plan ist vorgesehen, dass in jeder der 7 Psychiatrieregionen 3 oder 4 Paragraph-2 Kassenstellen für niedergelassene Psychiater - in jedem Sektor eine - vorhanden sein sollen. Die Zahl 3 oder 4 ergibt sich aus der noch nicht klar festgelegten Zahl der Sektoren pro Psychiatrieregion, die zu einem späteren Zeitpunkt nach lokalen geographischen und demographischen Gegebenheiten von der Psychiatrieplanungsagentur definiert werden soll. Insgesamt ergibt sich damit für Niederösterreich ein Bedarf von 21 bis 28 Stellen für niedergelassene Paragraph-2 Psychiater.*

*Erfahrungen und wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass sich die psychiatrische Klientel des niedergelassenen Facharztes zu zwei Drittel bis drei Viertel aus Patienten mit "neurotischen" Störungsbildern - vorwiegend depressiven und Angststörungen - zusammensetzt. In manchen Regionen machen Patienten mit Alkoholproblemen einen relativ großen Anteil aus (z.B. im Weinviertel). Es liegt in der Natur des in einer Einzelpraxis arbeitenden und keine Hausbesuche durchführenden niedergelassenen Facharztes, dass er nicht*

---

<sup>39</sup> Simhandl, Ch.: Vorschlag für Leitbild Psychiater NÖ 2002

*motivierter Patienten und schwer und chronisch Kranke, bei denen zahlreiche psychosoziale Probleme bestehen, nicht adäquat betreuen kann. Dies betrifft vor allem Patienten mit chronischen Psychosen deren Betreuung komplexere, auch multiprofessionelle und das soziale Netzwerk einbeziehender Ansätze erfordert, wie sie nur von eigens dafür zuständigen, öffentlich finanzierten Einrichtungen geleistet werden können (psychosozialer Dienst, komplementäre Einrichtungen, Krisen-/Notfallteam). Die Erfahrungen zeigen, dass die Abgrenzung zwischen niedergelassenem Facharzt einerseits, psychosozialen Diensten und komplementären Einrichtungen andererseits relativ unproblematisch ist. Im speziellen wird dies auch in einer wissenschaftlichen Untersuchung im Bezirk Mistelbach nachgewiesen.*

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

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

## Evaluation 2003

Aufgrund der historischen Entwicklung in Österreich und Deutschland ist die ambulante Versorgung von kranken Menschen schwerpunktmäßig auf den sogenannten „niedergelassenen Bereich“ konzentriert. De facto heißt dies, dass einerseits ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, andererseits FachärztInnen der verschiedensten Gebiete in Solopraxen tätig sind.

Während die Gatekeeper-Funktion weltweit relativ einheitlich von niedergelassenen ÄrztInnen für Allgemeinmedizin wahrgenommen wird - den „HausärztInnen“, die nahe bei der zu versorgenden Population praktizieren und damit nicht nur den Kranken, sondern auch sein Lebensumfeld kennen und auch langjährige Krankheitsentwicklungen beachten können -, ist das System der ambulanten fachärztlichen Versorgung in verschiedenen Ländern äußerst unterschiedlich.

Das für Österreich und Deutschland gültige Modell der fachärztlichen Versorgung in Solopraxen geht auf eine politische Entwicklung in den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts zurück, die in Deutschland entstanden ist, durch den Anschluss Österreichs an Deutschland auch in Österreich übernommen wurde und im wesentlichen auch heute noch gilt. Anfang der 30er Jahre wurde unter Reichskanzler Brüning in Deutschland ein historischer Kompromiss zwischen der Ärzteschaft und dem Staat ausgehandelt, in der die Ärzteschaft auf das Streikrecht verzichtete, der Staat dafür von der Etablierung eines Systems angestellter Ärzte absah. Seit damals liegt in Deutschland und Österreich die ambulante fachärztliche Versorgung der Bevölkerung prinzipiell in der Zuständigkeit der niedergelassenen ÄrztInnen.

Während in Deutschland nach dem zweiten Weltkrieg die Vereinbarung, die Reichskanzler Brüning im Jahr 1931 getroffen hatte, formal erneuert wurde, gibt es in Österreich keine derartige formale Festlegung dieser Versorgungsstruktur. Vielmehr kommt diese Tendenz in verschiedenen Gesetzen und Regelungen indirekt zum Ausdruck, etwa in der früheren Ambulanzgebührrregelung und im Krankenanstaltengesetz. In ihm wird taxativ aufgezählt, in welchen Situationen ambulante ärztliche Hilfe auch in einer Krankenanstalt in Anspruch genommen werden darf (§ 43 NÖKAG bzw. § 26 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz). Abgesehen von der ersten ärztlichen Hilfe bedarf es für alle anderen angeführten, ambulanten Untersuchungs- und Behandlungsleistungen eines interdisziplinären Anstaltsambulatoriums,

das in Abstimmung mit dem niedergelassenen Bereich von der Landesregierung genehmigt werden muss. In welchem Ausmaß hier die Zuweisung über den niedergelassenen Bereich selbst stattfindet, ist nicht feststellbar.

Dieses historisch gewachsene System ist der Ausgangspunkt der hier vorliegenden Analyse und der Empfehlungen zur Weiterentwicklung.

### **B.2.1.1 Zielgruppe**

Niedergelassene PsychiaterInnen sind prinzipiell für Diagnose und Behandlung aller Personen mit psychischen Krankheiten zuständig, sofern diese Behandlung ambulant möglich ist und die Betroffenen willens und in der Lage sind, die niedergelassenen PsychiaterInnen (innerhalb der Öffnungszeiten der Ordination) aufzusuchen. In der Praxis mag es auch Fälle geben, wo, bei PatientInnen, die nicht willens und nicht in der Lage sind, den/die niedergelassenen PsychiaterIn aufzusuchen, dieser durch Hausbesuche tätig wird, jedoch spielt diese Form der Betreuung durch niedergelassene PsychiaterInnen eine geringe Rolle.

Ein aktueller Vorschlag für ein Leitbild<sup>40</sup> beschreibt den „Psychiater oder Facharzt für Psychiatrie als einen Arzt, der sich auf Krankheiten der Seele spezialisiert hat. Dazu gehören

- Angststörungen, Phobien, verschiedenste Formen der Depression, Reaktionen auf außergewöhnliche Belastungen, etc.,
- die verschiedensten Formen von Psychosen bzw. die Gruppe der Schizophrenien.
- Außerdem ist der Facharzt für Psychiatrie für Kriseninterventionen, Schlafstörungen, Verhaltensauffälligkeiten bei Demenzen, Alkohol- oder Drogenproblemen, unklare und lange anhaltende Schmerzsymptome usw.

Des Weiteren wird in diesem Leitbild die Zuständigkeit des Psychiaters für psychische Störungen in allgemeinsten Form beschrieben, die sich in verschiedenen Bereichen zeigen können, nämlich in der Art und Weise,

---

<sup>40</sup> Simhandl, Ch.: Vorschlag für Leitbild Psychiater NÖ 2002

- wie Menschen ihre Gefühle erleben und äußern z.B.: Depression, Panik, Trauer, innere Unruhe, Spannungskopfschmerz,
- wie sie denken und urteilen z.B.: Störungen der Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnisleistungen.
- wie sie sich verhalten, z.B.: Hyperaktivität bei Kindern, Unruhe, Aggressivität, ...
- wie ihr körperliches Wohlbefinden ist, z.B.: psychosomatische Beschwerden wie Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Würgegefühl, Herzjagen, Atemnot, Übelkeit, Brechreiz, Verstopfung, Blähungen, Durchfall, anhaltende Rückenschmerzen, Reizblase, Potenz- und Orgasmusstörungen.
- wie der Kontakt und die Wahrnehmung zur Umwelt und / oder anderen Menschen ist, z.B.: Verwirrheitszustände, Verfolgungsgedanken, Wahnvorstellungen, Psychosen. Gutachten und Stellungnahmen für Ämter und Behörden, z.B.: Fahrtauglichkeit, Pflegegeld.

### **B.2.1.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen**

In Österreich war der Facharzt für „Neurologie“ und für „Psychiatrie“ bis zum Jahr 1994 nicht getrennt. Zwar gab es seit 1971 „Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie“ einerseits solche für „Neurologie und Psychiatrie“ andererseits (was sich auch in entsprechend längeren Ausbildungszeiten in dem jeweils vorne stehenden Fach manifestierte). Für die Berechtigung der Ausübung des Faches Psychiatrie spielte jedoch diese Schwerpunktsetzung keine Rolle, sodass sämtliche noch so bezeichneten Fachärzte sowohl psychiatrische als auch neurologische Leistungen erbringen können. Hingegen sind Fachärzte, die ihre Ausbildung nach März 1994 begonnen haben, nur noch entweder „*Fachärzte für Neurologie*“ oder „*Fachärzte für Psychiatrie*“ und können jeweils nur im eigenen Fach tätig werden.

Versorgungswirksam sind derartige Fachärzte also, wenn sie dem alten Typ des „Facharztes für Psychiatrie und Neurologie“ oder „Neurologie und Psychiatrie“ entsprechen oder dem neuen Typ des „Facharztes für Psychiatrie“, und insofern sie Verträge mit den Krankenkassen haben (Vertragsärzte) oder als „Wahlärzte“ tätig sind (wobei der Versicherte das Honorar zuerst zu begleichen hat, dann aber bei der Krankenkasse Kostenerstattung geltend machen kann).

Jeder mit ius practicandi ausgestattete Arzt besitzt Niederlassungsfreiheit, aber kein Recht auf Vertragsabschluß mit der Krankenkasse. Die Zahl der Vertragsärzte und ihre örtliche Verteilung regelt der Stellenplan in einem Gesamtvertrag zwischen den Trägern der Krankenversicherung und der Ärztekammer. Die Besetzung von „Kassenarztstellen“ erfolgt durch Ausschreibung und Besetzungsvorschlag der Ärztekammer und gemäß den „Gemeinsamen Niederlassungsrichtlinien zwischen Ärztekammer für NÖ und NÖ GKK (2002)“.

In Niederösterreich werden in der „Verordnung über ein Raumordnungsprogramm für das Gesundheitswesen“<sup>41</sup> Standorte für Fachärzte vorgegeben. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie (Psychiatrie und Neurologie) werden darin den Standorten der Stufe II zugewiesen, das sind „Gemeinden und Standorträume, wo eine umfassende ärztliche Versorgung erfolgen soll“. Außer der fachärztlichen Grundversorgung<sup>42</sup> sollen an diesen Standorten auch alle anderen Fächer vertreten sein (§7 Abs. 4). Diese Fachärzte sollen Vertragspartner aller Krankenversicherungsträger sein (§7, Abs. 6).

### **B.2.1.3 Aktuelle Versorgungslage**

#### ***a) Standorte der niedergelassenen FachärztInnen für Psychiatrie (und Neurologie)<sup>43</sup> bzw. Neurologie und Psychiatrie mit §2-Vertrag***

Im Jänner 2003 waren laut Ärzteverzeichnis der NÖ Ärztekammer in ganz Niederösterreich 14 FachärztInnen für Psychiatrie (und Neurologie) sowie 15 FachärztInnen für Neurologie und Psychiatrie mit §2-Vertrag in eigener Praxis tätig.

In Tabelle 1 sind die Praxisstandorte der FachärztInnen für Psychiatrie (und Neurologie) und der FachärztInnen für Neurologie und Psychiatrie mit §-2-Vertrag - pro Region und Bezirk addiert - dargestellt. In Abb. 1 ist diese Verteilung auch graphisch wiedergegeben.

---

<sup>41</sup> 8000/22-0 Stammverordnung 123/81 vom 08.19.1981, 4. Novelle 270/01 vom 28.12.2001

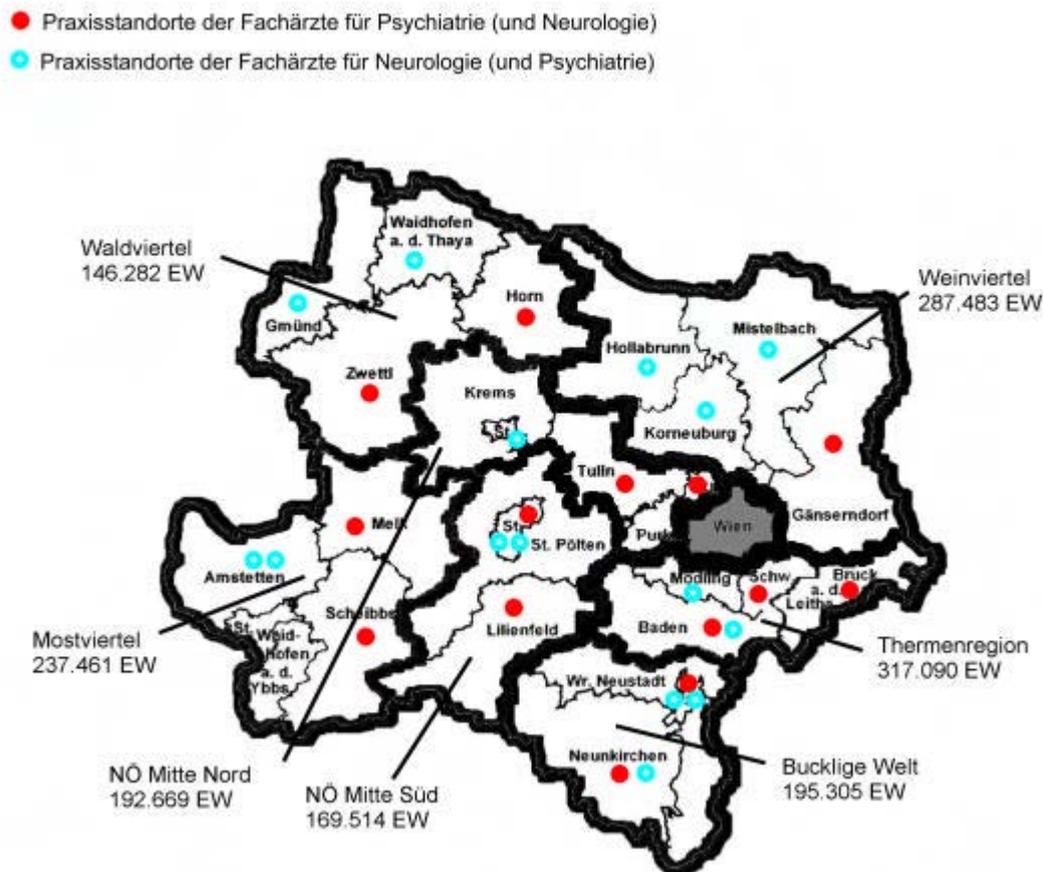
<sup>42</sup> Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinderheilkunde, Augenheilkunde

<sup>43</sup> FachärztInnen für Psychiatrie und FachärztInnen für Psychiatrie und Neurologie werden im Folgenden unter der Bezeichnung „FachärztInnen für Psychiatrie (und Neurologie)“ subsumiert. Bei den „FachärztInnen für Neurologie und Psychiatrie“ sind die reinen FachärztInnen für Neurologie nicht enthalten.

Tab. 1: Praxisstandorte der FachärztInnen für Psychiatrie (und Neurologie) und der FachärztInnen für Neurologie und Psychiatrie mit §2-Kassenvertrag in den sieben Psychiatrieregionen (Stand 01/2003)

Gesundheitsregion	Psychiatrieregion	Einwohner	FÄ für Psychiatrie	FÄ für Neurologie	Summe
Weinviertel	<b>Weinviertel</b>	<b>287.483</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	Hollabrunn	50.070	-	1	1
	Korneuburg	67.981	-	1	1
	Mistelbach	72.726	-	1	1
	Gänserndorf	88.475	1	-	1
	WU Gerasdorf	8.231	-	-	-
Industrieviertel	<b>Thermenregion</b>	<b>317.090</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
	Mödling	106.374	-	1	1
	Bruck/Leitha	40.006	1	-	1
	WU Schwechat	43.818	1	-	1
	Baden	126.892	1	1	2
	<b>Bucklige Welt</b>	<b>195.305</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
	Neunkirchen	85.769	1	1	2
	Wr. Neustadt Stadt	37.627	1	2	3
Wr. Neustadt Land	71.909	-	-	-	
NÖ Mitte	<b>NÖ Mitte Nord</b>	<b>192.669</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
	Tulln	64.600	1	-	1
	WU Purkersdorf	25.152	-	-	-
	WU Klosterneuburg	24.797	1	-	1
	Krems Stadt	23.713	-	1	1
	Krems Land	54.407	-	-	-
	<b>NÖ Mitte Süd</b>	<b>169.514</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
	St. Pölten Stadt	49.121	1	2	3
	St. Pölten Land	93.309	-	-	-
	Lilienfeld	27.084	1	-	1
Mostviertel	<b>Mostviertel</b>	<b>237.461</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
	Amstetten	109.183	-	2	2
	Melk	75.287	1	-	1
	Scheibbs	41.329	1	-	1
	Waidhofen/Ybbs	11.662	-	-	-
Waldviertel	<b>Waldviertel</b>	<b>146.282</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
	Waidhofen/Thaya	28.197	-	1	1
	Horn	32.400	1	-	1
	Zwettl	45.635	1	-	1
	Gmünd	40.050	-	1	1
<b>Summe</b>		<b>1.545.804</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>29</b>

**Abb. 1: Standorte der niedergelassenen FachärztInnen für Psychiatrie (und Neurologie) und FachärztInnen für Neurologie und Psychiatrie mit §2-Vertrag in Niederösterreich (Stand 01/2003)**



Stellt man den 14 FachärztInnen für Psychiatrie (und Neurologie) einen theoretischen Sollwert von einem Facharzt/einer Fachärztin für Psychiatrie je 30.000 Einwohner gegenüber, so zeigt es sich, dass dieser Sollwert um das rund 3,7-fache höher liegt als der Ist-Wert. Die Region Weinviertel hat die niedrigste Rate an niedergelassenen FachärztInnen für Psychiatrie (und Neurologie), gemessen an der Bevölkerungszahl, hier versorgt ein/e FachärztIn für Psychiatrie (und Neurologie) die gesamte Region mit rund 290.000 Einwohnern. In der Region Waldviertel kommen auf eine/n FachärztIn für Psychiatrie (und Neurologie) theoretisch rund 75.000 Einwohner, diese Region wird somit – gemessen an der Bevölkerungszahl – am intensivsten durch niedergelassene FachärztInnen für Psychiatrie (und Neurologie) versorgt, ein Umstand der allerdings durch die schlechte Erreichbarkeit relativiert werden muss.

Insgesamt sind in der Anlage der schon erwähnten Verordnung über ein Raumordnungsprogramm für das Gesundheitswesen 27 Standorte für FachärztInnen für Psychiatrie (und Neurologie) bzw. Neurologie und Psychiatrie angegeben. Mit Stichtag 02.10.2002 waren an 22 dieser Standorte FachärztInnen für Psychiatrie (und Neurologie) oder Neurologie und Psychiatrie mit §2-Vertrag niedergelassen. In folgenden der im Raumordnungsprogramm festgehaltenen Gemeinden bzw. Standorträume (Psychiatrieregion in Klammern) erfolgt keine psychiatrische oder neurologische Versorgung durch Vertragspartner aller Krankenversicherungsträger:

- Korneuburg (Weinviertel)
- Hainburg/Donau (Thermenregion)
- Standortraum Perchtoldsdorf; Brunn/Gebirge; Maria Enzersdorf (Thermenregion)
- Waidhofen/Ybbs (Mostviertel)
- Standortraum Haag-St. Valentin; St. Peter i.d. Au-Seitenstetten (Mostviertel)

Von allen 29 niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie (und Neurologie) sowie für Neurologie und Psychiatrie mit §2-Vertrag sind 20 Personen (69%) Männer und 9 Personen (31%) Frauen.

***b) Standorte aller niedergelassenen FachärztInnen für Psychiatrie (und Neurologie) bzw. Neurologie und Psychiatrie***

Im Jänner 2003 wurden im Ärzteverzeichnis der NÖ Ärztekammer insgesamt 98 niedergelassene FachärztInnen für Psychiatrie (und Neurologie) und Neurologie und Psychiatrie an 109 (0,07/1.000 EW) NÖ Adressen (siehe Anhang) angegeben, inklusive der oben dargestellten 29 (29,6%) Personen mit einem §2-Vertrag. Die Standorte der psychiatrischen und neurologischen Facharztpraxen verteilen sich folgendermaßen auf die sieben NÖ Psychiatrieregionen:

**Tab. 2: Praxisstandorte (inkl. Zweitordination) aller FachärztInnen für Psychiatrie (und Neurologie) und FachärztInnen für Neurologie und Psychiatrie in Niederösterreich (Stand 01/2003)**

Gesundheitsregion	Psychiatrieregion	Einwohner	FÄ für Psychiatrie (und Neurologie)		FÄ für Neurologie und Psychiatrie		Summe	
			Anzahl	je 1000 EW	Anzahl	je 1000 EW	Anzahl	je 1000 EW
<b>Weinviertel</b>	<b>Weinviertel</b>	<b>287.483</b>	<b>5</b>	<b>0,02</b>	<b>5</b>	<b>0,02</b>	<b>10</b>	<b>0,03</b>
	Hollabrunn	50.070	-	-	1	0,02	1	0,02
	Korneuburg	67.981	3	0,04	1	0,01	4	0,06
	Mistelbach	72.726	-	-	3	0,04	3	0,04
	Gänserndorf	88.475	1	0,01	-	-	1	0,01
	WU Gerasdorf	8.231	1	0,12	-	-	1	0,12
<b>Industrieviertel</b>	<b>Thermenregion</b>	<b>317.090</b>	<b>15</b>	<b>0,05</b>	<b>12</b>	<b>0,04</b>	<b>27</b>	<b>0,09</b>
	Mödling	106.374	8	0,08	9	0,08	17	0,16
	Bruck/Leitha	40.006	1	0,02	-	-	1	0,02
	WU Schwechat	43.818	1	0,02	-	-	1	0,02
	Baden	126.892	5	0,04	3	0,02	8	0,06
	<b>Bucklige Welt</b>	<b>195.305</b>	<b>7</b>	<b>0,04</b>	<b>5</b>	<b>0,03</b>	<b>12</b>	<b>0,06</b>
	Neunkirchen	85.769	4	0,05	1	0,01	5	0,06
Wr. Neustadt Stadt	37.627	3	0,08	4	0,11	7	0,19	
Wr. Neustadt Land	71.909	-	-	-	-	-	-	
<b>NÖ Mitte</b>	<b>NÖ Mitte Nord</b>	<b>192.669</b>	<b>12</b>	<b>0,06</b>	<b>5</b>	<b>0,03</b>	<b>17</b>	<b>0,09</b>
	Tulln	64.600	2	0,03	1	0,02	3	0,05
	WU Purkersdorf	25.152	6	0,24	-	-	6	0,24
	WU Klosterneuburg	24.797	4	0,16	2	0,08	6	0,24
	Krems Stadt	23.713	-	-	1	0,04	1	0,04
	Krems Land	54.407	-	-	1	0,02	1	0,02
	<b>NÖ Mitte Süd</b>	<b>169.514</b>	<b>5</b>	<b>0,03</b>	<b>9</b>	<b>0,05</b>	<b>14</b>	<b>0,08</b>
	St. Pölten Stadt	49.121	3	0,06	6	0,12	9	0,18
	St. Pölten Land	93.309	1	0,01	2	0,02	3	0,03
	Lilienfeld	27.084	1	0,04	1	0,04	2	0,07
<b>Mostviertel</b>	<b>Mostviertel</b>	<b>237.461</b>	<b>15</b>	<b>0,06</b>	<b>6</b>	<b>0,03</b>	<b>21</b>	<b>0,09</b>
	Amstetten	109.183	8	0,07	4	0,04	12	0,11
	Melk	75.287	5	0,07	1	0,01	6	0,08
	Scheibbs	41.329	2	0,05	-	-	2	0,05
	Waidhofen/Ybbs	11.662	-	-	1	0,09	1	0,09
<b>Waldviertel</b>	<b>Waldviertel</b>	<b>146.282</b>	<b>4</b>	<b>0,03</b>	<b>4</b>	<b>0,03</b>	<b>8</b>	<b>0,05</b>
	Waidhofen/Thaya	28.197	1	0,04	1	0,04	2	0,07
	Horn	32.400	2	0,06	1	0,03	3	0,09
	Zwettl	45.635	1	0,02	-	-	1	0,02
	Gmünd	40.050	-	-	2	0,05	2	0,05
<b>Summe</b>		<b>1.545.804</b>	<b>63</b>	<b>0,04</b>	<b>46</b>	<b>0,03</b>	<b>109</b>	<b>0,07</b>

Es waren im Erhebungszeitraum 57 FachärztInnen für Psychiatrie (und Neurologie) an 63 niederösterreichischen Adressen (0,04/1.000 EW) niedergelassen. Die 14 FachärztInnen mit §2-Vertrag machten einen Anteil von 24,6% aus.

Mit Ausnahme der Bezirke Hollabrunn, Mistelbach, Wr. Neustadt Land, Krems Stadt und Land, Waidhofen/Ybbs und Gmünd waren in allen NÖ Bezirken FachärztInnen für Psychiatrie (und Neurologie) niedergelassen, jedoch in sehr unterschiedlicher regionaler Dichte. Während in den Psychiatrieregionen NÖ Mitte Nord und Mostviertel, das sind jene Regionen, in denen sich die beiden Landesnervenkliniken für Psychiatrie befinden, jeweils 0,06<sup>44</sup> FachärztInnen für Psychiatrie auf 1000 Einwohner entfallen, beträgt in der Psychiatrieregion Weinviertel die entsprechende Rate 0,02. Von den 57 FachärztInnen für Psychiatrie (und Neurologie) waren 22 Personen (38,6%) weiblichen und 35 Personen (61,4%) männlichen Geschlechts. Insgesamt besaßen im Jänner 2003 38 (66,7%) der 57 FachärztInnen für Psychiatrie eines (n=9) oder mehrere (n=29) PSY-Diplome der Österreichischen Ärztekammer, wobei 31 Personen ein PSY-Diplom I, 29 Personen ein PSY-Diplom II und 30 Personen ein PSY-Diplom III hatten. Den größten Anteil machten jene 23 (60,5% von 38) Personen aus, die alle drei PSY-Diplome besaßen (siehe Tabelle 3).

Zum selben Zeitpunkt (Jänner 2003) waren in NÖ 41 niedergelassene FachärztInnen für Neurologie und Psychiatrie an 46 (0,03/1000 Einwohner) Praxisadressen (siehe Anhang) gemeldet. Davon besaßen 15 Personen (36,6%) einen §2-Vertrag. In den Bezirken Gänserndorf, Bruck/Leitha, Wien-Umgebung (Gerasdorf, Schwechat und Purkersdorf), Wiener Neustadt Land, Scheibbs und Zwettl waren keine FachärztInnen für Neurologie und Psychiatrie niedergelassen. Die regionale Verteilung der neurologischen Facharztpraxen bewegte sich in allen Psychiatrieregionen zwischen 0,02<sup>45</sup> und 0,05 Adressen je 1000 Einwohner. Die größte Dichte an FachärztInnen für Neurologie, gemessen an der Bevölkerungszahl fand sich in den beiden Städten St. Pölten (0,12/1000 EW) und Wiener Neustadt (0,11/1000 EW), wobei dieser Umstand durch die marginale Versorgung durch Neurologen in den diese umgebenden Bezirken St. Pölten Land (0,02/1000 EW) und Wiener Neustadt Land (keine Stelle) relativiert werden kann. Die 41 FachärztInnen für Neurologie und Psychiatrie waren zu 36,6% (n=15) weibliche und zu 63,4% (n=26) männliche Personen. 14 (34,1%) FachärztInnen für Neurologie und Psychiatrie besaßen im Jänner 2003 eines (n=5) oder mehrere (n=9) PSY-Diplome der Österreichischen Ärztekammer. Ein PSY-Diplom I hatten 12, ein PSY-Diplom II 11 und ein PSY-Diplom III 5 Personen. Den größten Anteil (35,7%, n=5) bildeten jene FachärztInnen für Neurologie und Psychiatrie, die sowohl ein PSY-Diplom I- als auch ein PSY-Diplom II besaßen (siehe Tabelle 3).

---

<sup>44</sup> Werte inklusive Zweitordinationen

<sup>45</sup> Werte inklusive Zweitordinationen

**Tab. 3: FachärztInnen für Psychiatrie (und Neurologie) und FachärztInnen für Neurologie und Psychiatrie mit PSY-Diplom(en) in Niederösterreich (Stand 01/2003)**

	<i>PSY I</i>	<i>PSY II</i>	<i>PSY III</i>	<i>PSY I, II</i>	<i>PSY I, III</i>	<i>PSY II, III</i>	<i>PSY I, II, III</i>	<i>Summe</i>
<i>FA f. Psychiatrie (und Neurologie)</i>	2 (5,3%)	1 (2,6%)	6 (15,8%)	5 (13,2%)	1 (2,6%)		23 (60,5%)	38 (100,0%)
<i>FA f. Neurologie und Psychiatrie</i>	2 (14,3%)	2 (14,3%)	1 (7,1%)	5 (35,7%)			4 (28,6%)	14 (100,0%)
<i>Summe</i>	4 (7,7%)	3 (5,8%)	7 (13,5%)	11 (19,2%)	1 (1,9%)		27 (51,9%)	52 (100,0%)

### B.2.1.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung

*Tabelle 4 zeigt Vergleiche zwischen den Ist- und Sollwerten der niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie (und Neurologie) bezogen auf die Psychiatrieregionen.*

**Tab. 4: Ist- und Sollwerte der FachärztInnen für Psychiatrie (und Neurologie) mit §2-Kassenvertrag für die einzelnen Psychiatrieregionen**

Gesundheitsregion	Psychiatrieregion	Einwohner	Niedergelassene Psychiater (und Neurologen)	
			Ist-Wert	Soll-Wert <sup>46</sup> (1/30.000 EW)
Weinviertel	Weinviertel	287.483	1	10
Industrievi- ertel	Thermenregion	317.090	3	11
	Bucklige Welt	195.305	2	6
NÖ Mitte	NÖ Mitte Nord	192.669	2	6
	NÖ Mitte Süd	169.514	2	6
Mostviertel	Mostviertel	237.461	2	8
Waldviertel	Waldviertel	146.282	2	5
<b>Summe</b>		<b>1.545.804</b>	<b>14</b>	<b>52</b>

<sup>46</sup> auf ganze Zahlen gerundet

Der Ist-Soll-Vergleich auf der Grundlage der im NÖP95 berichteten damaligen Ist-Situation und der hier empfohlenen Versorgungsrichtzahl von einem niedergelassenen Paragraf-2 Psychiater je 30.000 Einwohner ergibt derzeit einen rund 27%igen Realisierungsgrad, was im Vergleich zu den NÖP95-Angaben praktisch keinen weiteren Ausbau bis dato bedeutet. Im bereits zitierten Entwurf eines Leitbildes<sup>47</sup> wird demgegenüber sogar für ein Einzugsgebiet von 15.000 Personen ein Psychiater vorgeschlagen. Die Relation der Ist-Werte zu den Sollwerten wird jedoch günstiger, wenn die derzeit de facto auch für die Psychiatrie versorgungsrelevanten Fachärzte für Neurologie (und Psychiatrie) bei den Ist-Werten berücksichtigt werden (Realisierungsgrad knapp 56%). Freilich gilt dies nur vorübergehend, solange diese FachärztInnen noch tatsächlich berechtigt sind, auch in der Psychiatrie tätig zu werden. Bei der zu erwarteten Nachbesetzung dieser Kassenarztstellen mit „reinen“ NeurologInnen, wird das Verhältnis sukzessive schlechter (wie oben beschrieben). Der Vollständigkeit halber ist im Folgenden die regionalen Ist-Soll-Werte auch für FachärztInnen für Psychiatrie (und Neurologie) und die FachärztInnen für Neurologie und Psychiatrie gemeinsam dargestellt (siehe Tabelle 5).

---

<sup>47</sup> Simhandl, Ch.: Vorschlag für Leitbild Psychiater NÖ 2002

**Tab. 5: Ist- und Sollwerte der FachärztInnen für Psychiatrie (und Neurologie) sowie FachärztInnen für Neurologie und Psychiatrie mit §2-Kassenvertrag für die einzelnen Psychiatrieregionen**

Gesundheits- region	Psychiatrieregion	Einwohner	FA für Psychiatrie (und Neurologie) plus Neurologie und Psychiatrie	
			Ist-Wert	Soll-Wert <sup>48</sup> (1/30.000 EW)
Wein- viertel	Weinviertel	287.483	4	10
Industrie- viertel	Thermenregion	317.090	5	11
	Bucklige Welt	195.305	5	6
NÖ Mitte	NÖ Mitte Nord	192.669	3	6
	NÖ Mitte Süd	169.514	4	6
Most- viertel	Mostviertel	237.461	4	8
Wald- viertel	Waldviertel	146.282	4	5
<b>Summe</b>		<b>1.545.804</b>	<b>29</b>	<b>52</b>

Im direkten Vergleich dazu lässt sich derzeit bei den Psychosozialen Diensten bereits ein rund 42%iger Ausbaugrad der im NÖP95 empfohlenen Personalerfordernisse an im PSD tätigen PsychiaterInnen feststellen. Dabei ist die Tatsache bemerkenswert, dass der niedergelassene Bereich durch Sozialversicherungsbeiträge finanziert wird, wohingegen die PSD-Leistungen aus Mitteln der Sozialhilfe abgedeckt werden.

Im Sinne des großen Bedarfs an ambulanten psychiatrischen Leistungen - die sich im Sinne der Personenzentrierung und Bedürfnisorientierung zunehmend mehr in das Lebensfeld der Patienten verlagern sollten - ist ein entsprechendes Anheben der Kassenvertragsstellen weiterhin von hoher Priorität. Die Versorgungsrelevanz ist für einen beträchtlichen Teil der psychiatrischen Patienten hauptsächlich deshalb auf §-2 Psychiater konzentriert, weil der

<sup>48</sup> auf ganze Zahlen gerundet

Einsatz von Kostenbeiträgen für die Behandlung - ähnlich wie bei den noch unregelten psychotherapeutischen Leistungen - für diese oft auch einkommensschwache Patientengruppe nur schwer möglich ist. Diese Hürde kann letztlich auch zu einer erheblichen Zusatzbelastung mit psychischen Auswirkungen führen bzw. zu einer Vermeidung der Inanspruchnahme bei prinzipiell motivierten Patienten.

Hinsichtlich der Angebotsorganisation wird - ebenfalls in dem oben zitierten Entwurf eines Leitbildes<sup>49</sup> - die Organisationsform von Gruppenpraxen bevorzugt und die Erreichbarkeit der behandelnden ÄrztInnen für die Zeit zwischen 8:00 und 19:00 Uhr Montag bis Freitag vorgeschlagen. Die Kooperationen mit anderen versorgungswirksamen Diensten und Einrichtungen werden ebenfalls hervorgehoben.

Im Anhang wird eine Beschreibung des Tätigkeitsspektrums übernommen, wie sie sich im bereits oben zitierten Leitbild<sup>50</sup> wieder findet.

---

<sup>49</sup> Simhandl, Ch.: Vorschlag für Leitbild Psychiater NÖ 2002

<sup>50</sup> Simhandl, Ch.: Vorschlag für Leitbild Psychiater NÖ 2002

# **Teil B**

## **Kapitel 2.2**

### **Konsiliarpsychiatrische Versorgung von PatientInnen in Allgemeinkrankenhäusern auf Bezirksebene**

Übersicht

Aussagen des Niederösterreichischen  
Psychiatrieplans 1995

Evaluation

B.2.2.1 Zielgruppe

B.2.2.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen

B.2.2.3 Aktuelle Versorgungslage

B.2.2.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung

## **Übersicht zu Kapitel “B.2.1 Konsiliarpsychiatrische Versorgung von PatientInnen in Allgemeinkrankenhäusern im Rahmen von ambulanten und mobilen Diensten auf Bezirksebene“**

Nahezu die Hälfte aller Krankenhausespisoden in Österreich, die im LKF-System mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose abgerechnet werden, fallen nicht in psychiatrischen Krankenanstalten oder psychiatrischen Fachabteilungen an, sondern in nichtpsychiatrischen Krankenanstalten bzw. Abteilungen. Wie dazu im österreichischen Psychiatriebericht 2001<sup>51</sup> gezeigt werden konnte, finden von den über 100.000 Krankenhausespisoden (2001: 109.043) von Personen, die mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (ICD-10: Kapitel F) entlassen werden, nicht viel weniger als die Hälfte (2001: 45,0%; 48.710 Entlassungen) in nicht-psychiatrischen Abteilungen von Krankenanstalten statt. Von der Diagnose her handelt es sich bei den an nicht-psychiatrischen Fachabteilungen behandelten Personen mit psychischen Krankheiten in erster Linie um Depressionen und Angststörungen, um Demenzerkrankungen und um Erkrankungen im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch.

In diesen Analysen sind psychiatrische Zusatzdiagnosen noch nicht enthalten - sie kommen in etwa in noch einmal so vielen stationären Episoden vor, wie die psychiatrischen Hauptdiagnosen.

Anzunehmen ist weiters, dass noch eine viel größere Zahl von PatientInnen mit psychiatrischen Krankheitsbildern an nicht-psychiatrischen Abteilungen aufgenommen wird, ohne dass diese psychiatrischen Störungen erkannt bzw. diagnostiziert werden.

Die Gründe für diesen großen Anteil psychiatrischer PatientInnen außerhalb des engeren stationären psychiatrischen Sektors sind vielfältig. Ausschlaggebend könnten im Einzelfall unter anderem große Entfernungen zwischen Wohnort und psychiatrischer Abteilung bzw. psychiatrischem Krankenhaus sein, die Vermeidung von befürchteter Stigmatisierung, Komorbiditäten und psychosomatische bzw. somatopsychische Krankheitsaspekte.

---

<sup>51</sup> Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hg.): Österreichischer Psychiatriebericht 2001, Teil I, Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. (Katschnig, H. et al., Ludwig-Boltzmann-Institut für Sozialpsychiatrie), Wien, 2001.

Dem psychiatrischen Behandlungsbedarf dieser PatientInnen kann auf nicht-psychiatrischen Krankenhausabteilungen oft nicht entsprochen werden, da weder die dort tätigen ÄrztInnen noch das Pflegepersonal über die nötige Fachkompetenz verfügen.

Teilweise wird die Versorgung durch KonsiliarfachärztInnen für Psychiatrie, klinische PsychologInnen und PsychotherapeutInnen abgedeckt. Dabei existieren im Bereich der konsiliarpsychiatrischen Versorgungsstrukturen unterschiedliche Konstruktionen, insgesamt aber eine quantitative Unterausstattung. Analoges gilt auch für die konsiliarpsychiatrische Versorgung in Heimen.

Im Rahmen einer eigenen Fragebogenerhebung<sup>52</sup> wurde die konsiliarpsychiatrische Versorgung in 21 NÖ Allgemeinkrankenanstalten erhoben. Die 3 Sonderkrankenanstalten sowie die 3 Allgemeinkrankenanstalten mit einer psychiatrischen Abteilung waren aufgrund ihrer psychiatrischen bzw. neurologisch-psychiatrischen Regelbehandlung von der Befragung ausgenommen.

Diese Untersuchung ergab, dass in 16 Krankenanstalten extern organisierte psychiatrische Konsiliardienste angeboten wurden, in 3 Krankenanstalten die psychiatrische Konsiliarversorgung über die im Haus befindliche neurologische Abteilung geleistet wurde, und in 2 Krankenanstalten keine psychiatrische Konsiliarversorgung existierte.

PsychologInnen waren in 12 und PsychotherapeutInnen in 8 der 21 Krankenanstalten beschäftigt.

Der Aufbau einer integrierten Kooperationsstruktur der NÖ Krankenanstalten mit den niedergelassenen Psychiatern, dem RZSG (einschließlich der dislozierten Tageskliniken) und dem PSD ist für die psychiatrische Konsiliarversorgung essenziell und könnte zukünftig im Rahmen entsprechender Zielvereinbarung für die regionale psychiatrische Versorgung strukturell verankert werden.

---

<sup>52</sup> In Zusammenarbeit mit dem Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds - Bereich Gesundheit

## **Aussagen des NÖP95**

*Im niederösterreichischen Psychiatrieplan 1995 wird die konsiliarpsychiatrische Versorgung nur am Rande erwähnt, da offenbar damals das Problem in seiner Größe nicht wahrgenommen wurde.*

## **Evaluation 2003**

### **B.2.2.1 Zielgruppe**

Zur Zielgruppe konsiliarpsychiatrischer Dienste zählen PatientInnen aller Altersstufen an nicht-psychiatrischen Krankenhausabteilungen, BewohnerInnen von Heimen und Wohneinrichtungen (gegebenenfalls auch Insassen von Strafanstalten), die entweder an einer krankheitswertigen psychischen Störung leiden und einen aktuellen psychiatrischen Behandlungsbedarf aufweisen oder bei denen der Verdacht auf eine psychiatrische Erkrankung besteht und eine psychiatrische und/oder psychologische Diagnostik indiziert ist.

Konkret handelt es sich dabei um ein breites Tätigkeitsspektrum, das unter anderem die Diagnostik und Therapie bei psychoorganischen Störungen, wie Demenzen und Delirien, die Entzugsbegleitung bei Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit, die psychiatrische Versorgung bei funktionellen Störungen, die Erfassung und Behandlung von psychischen Erkrankungen mit somatischer Präsentation und die therapeutische Begleitung bei psychopathologischen Reaktionen auf schwere somatische Erkrankungen beinhaltet.

Der größte Bedarf an konsiliarpsychiatrischen Leistungen in Krankenanstalten ist an internen Abteilungen zu erwarten, hier vor allem bei gerontopsychiatrischen Fragestellungen bzw. psychiatrischen Problemen im Zusammenhang mit einer Abhängigkeitserkrankung, aber auch im Bereich der Psychoonkologie. Darüber hinaus zählen die Bereiche Gynäkologie, Dermatologie, Kinderheilkunde, Neurologie<sup>53</sup>, Chirurgie u.a. zu den Fachgebieten, in denen es häufige Überschneidungen mit psychiatrischen Fragestellungen gibt und bei denen daher konsiliarpsychiatrische Leistungen regelmäßig vorgehalten werden sollten.

### **B. 2.1.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen**

Dieses Gebiet ist nicht eigens geregelt.

### B. 2.2.3 Aktuelle Versorgungslage

Wie im österreichischen Psychiatriebericht 2001 gezeigt werden konnte, finden von den über 100.000 Krankenhausespisoden (2001: 109.043) von Personen, die mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (ICD-10: Kapitel F) entlassen werden, nicht viel weniger als die Hälfte (2001: 45,0%; 48.710 Entlassungen) in nicht-psychiatrischen Abteilungen von Krankenanstalten statt. Diese PatientInnen sind an diesen Abteilungen fachlich nicht adäquat versorgt, haben doch weder die dort tätigen ÄrztInnen noch das Pflegepersonal eine entsprechende psychiatrische Ausbildung. Zum Teil mag dieser Mangel durch die im Laufe der Zeit gewonnene praktische Erfahrung im Umgang mit Personen mit psychischen Störungen und durch Zusatzausbildungen (Psy-Diplome, Psychotherapie nach Psychotherapiegesetz) kompensiert werden; aus der Perspektive der Qualitätssicherung ist dies jedoch eine bedenkliche Situation<sup>54</sup>.

Bei der Analyse der zeitlichen Entwicklung ist zudem zu beobachten, dass stationäre Krankenhausespisoden mit psychiatrischen Hauptdiagnosen im 5-Jahres-Zeitraum von 1996-2001 von 85.609 auf 109.043 zugenommen haben (= + 27,4 %), dass aber in dem hier besprochenen Sektor der PatientInnen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen an nicht-psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern ein überproportionaler Anstieg von 37.309 im Jahre 1996 auf 48.710 im Jahre 2001 zu beobachten ist. Dies entspricht einem prozentualen Anstieg um 30,6%.

Zusätzlich zu den bisher diskutierten PatientInnen mit offiziell gestellten psychiatrischen Hauptdiagnosen ist jedoch mit gutem Grund anzunehmen, dass eine noch viel größere Zahl von PatientInnen mit psychiatrischen Krankheitsbildern an nicht-psychiatrischen Abteilungen aufgenommen wird, ohne dass diese psychiatrischen Störungen erkannt werden. Aus einschlägigen Studien ist bekannt, dass dieser Anteil bis zu 30% aller PatientInnen an nicht-psychiatrischen Abteilungen von Krankenanstalten beträgt. Die Aufenthaltsdauer bei diesen PatientInnen ist im Schnitt deutlich länger als die von PatientInnen ohne derartige

---

<sup>53</sup> Insbesondere nach der erfolgten Fächertrennung Neurologie - Psychiatrie

<sup>54</sup> Zum Teil finden die genannten Krankenhausespisoden in „neurologischen“ Abteilungen statt, an denen heute in der Regel noch FachärztInnen tätig sind, die das Gesamtfach „Psychiatrie und Neurologie“ erworben haben. An Krankenanstalten ohne psychiatrische Abteilung, die jedoch über eine neurologische Abteilung verfügen, ist anzunehmen, dass diese FachärztInnen für „Neurologie und Psychiatrie“ den wesentlichen Teil der Konsiliartätigkeit an den anderen Abteilungen leisten.

psychiatrische Zusatzprobleme. Dies stellt eine große ökonomische Belastung des Gesundheitswesens dar.

Im Jahr 2001 fanden 60.333 Krankenhausepisoden, die mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose endeten, in psychiatrischen Krankenhäusern oder Fachabteilungen in Österreich statt; im gleichen Jahr wurden aber 48.710 Krankheitsepisoden mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose in nichtpsychiatrischen Fachabteilungen gezählt. In diesen Zahlen sind psychiatrische Zusatzdiagnosen noch nicht enthalten - sie kommen in etwa in noch einmal so vielen stationären Episoden vor, wie die psychiatrischen Hauptdiagnosen. Rein aus diesen Zahlen lässt sich ableiten, dass in nichtpsychiatrischen Fachabteilungen von Krankenhäusern ein großer psychiatrischer Betreuungsbedarf besteht.

Um einen quantitativen Einblick in die psychiatrischen Konsiliarleistungen in den NÖ Krankenanstalten zu erhalten, wurde in Zusammenarbeit mit NÖGUS - Bereich Gesundheit im Zeitraum vom 12.07. bis 02.09.2002 in 21 von 27 NÖ Krankenanstalten eine Fragebogenerhebung hinsichtlich konsiliarpsychiatrischer bzw. -neurologischer sowie psychologischer und psychotherapeutischer Tätigkeiten durchgeführt. 3 der insgesamt 27 NÖ Krankenanstalten sind Sonderkrankenanstalten (Ostarrichiklinikum Amstetten, Doauklinikum Gugging, LKH Grimmenstein/Neurologie), 3 weitere besitzen eine psychiatrische Abteilung (KH Neunkirchen, KH Waidhofen an der Thaya, KH Hollabrunn). Diese zuletzt genannten Krankenanstalten wurden wegen der vorhandenen stationären psychiatrischen Versorgungsstrukturen bzw. wegen ihres Sonderstatus als psychiatrische bzw. neurologische Krankenanstalten nicht in die Erhebung miteinbezogen. Die verbleibenden 21 befragten Krankenanstalten verfügten über insgesamt 6557 Betten, die durchschnittliche Bettenanzahl betrug 312 mit einem Minimum von 30 (Allentsteig) und einem Maximum von 1108 (St. Pölten).

In Tabelle 1 sind die 27 NÖ Krankenanstalten aufgelistet. Für die in die Erhebung einbezogenen 21 Krankenanstalten werden die systemisierten Betten, die konsiliarpsychiatrischen bzw. -neurologischen Dienste sowie die Beschäftigung von PsychologInnen und PsychotherapeutInnen<sup>55</sup> angegeben

---

<sup>55</sup> PsychologInnen mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation werden nur in der Spalte „PsychologInnen“ ausgewiesen.

## **Tabelle 1**

<b>NÖ Krankenanstalten, die nicht in die Erhebung konsiliarpsychiatrischer bzw. –neurologischer sowie psychologischer und psychotherapeutischer Dienste miteinbezogen wurden (n=6)</b>	
<b>Sonderkrankenanstalten (n=3)</b>	<b>Krankenanstalten mit psychiatrischer Abteilung (n=3)</b>
LKH Grimmenstein	KH Hollabrunn
Donauklinikum - Standort Gugging	KH Neunkirchen
Ostarrichiklinikum Amstetten	KH Waidhofen an der Thaya

<b>NÖ Krankenanstalten, die in die Erhebung konsiliarpsychiatrischer bzw. -neurologischer sowie psychologischer und psychotherapeutischer Dienste miteinbezogen wurden (n=21)</b>						
<b>Region</b>	<b>Krankenanstalt</b>	<b>Betten</b>	<b>psychiatr. Konsiliar- dienst</b>	<b>Konsiliar- dienst d. neurolog. Abteilung</b>	<b>Psycho- logInnen</b>	<b>Psycho- thera- peutInnen</b>
<b>Weinviertel</b>	KH Mistelbach	507	?		?	
	Humanis Klinikum NÖ - Korneuburg	180	?			
	Humanis Klinikum NÖ - Stockerau	152	?			
<b>Thermen- region</b>	Thermenklinikum - Baden	352	?		?	
	Thermenklinikum - Mödling	385	?		?	?
	KH Hainburg	178	?			
<b>Bucklige Welt</b>	KH Wiener Neustadt	879		?	?	
<b>NÖ Mitte Nord</b>	KH Klosterneuburg	160	?		?	?
	Donauklinikum - Standort Tulln	231			?	
	KH Krems	472	?		?	?
<b>NÖ Mitte Süd</b>	KH Lilienfeld	169	?			?
	KH St. Pölten	1108		?	?	
<b>Mostviertel</b>	KH Amstetten	374	?			?
	KH Melk	185	?			
	KH Scheibbs	200	?		?	
	KH Waidhofen an der Ybbs	185	?			?
<b>Waldviertel</b>	KH Gmünd	185	?			?
	Waldviertelklinikum - Allentsteig	30				
	Waldviertelklinikum - Eggenburg	70	?		?	
	Waldviertelklinikum - Horn	304		?	?	
	KH Zwettl	251	?		?	?

In 16 Krankenanstalten existierten extern organisierte psychiatrische Konsiliardienste. In 3 Krankenanstalten (St. Pölten, Wr. Neustadt, Horn) war eine neurologische Abteilung vorhanden, von der aus die psychiatrische Konsiliarversorgung der übrigen Abteilungen erfolgte. Lediglich aus 2 Krankenanstalten (Donauklinikum - Standort Tulln und Allentsteig) wurden keine Konsiliartätigkeiten gemeldet; allerdings ist im Donauklinikum - Standort Tulln durch die Fusion mit der Donauklinikum - Standort Gugging - bald damit zu rechnen.

Die weiteren Untersuchungsergebnisse in Bezug auf die konsiliarpsychiatrische Versorgung lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- In 5 von 16 Krankenanstalten erfolgte die Honorierung der konsiliarpsychiatrischen Leistungen auf *Fallbasis*, in 11 im Rahmen von *Dienstverträgen*. Diese Dienstverträge umfassten insgesamt 149 Wochenstunden (Minimum 4, Maximum 27), das entsprach durchschnittlich 13,5 Wochenstunden je Krankenanstalt. Von den 16 Krankenanstalten mit psychiatrischer Konsiliartätigkeit verfügten 6 über getrennte und 10 über gemeinsame Konsiliardienste für Psychiatrie und Neurologie.
- 15 der 21 untersuchten Krankenanstalten gaben an, dass sie PatientInnen für eine psychiatrische Begutachtung auch an nahegelegenen Krankenhäuser zuweisen.
- In 14 von 21 Krankenanstalten wurde die derzeitige Situation im Hinblick auf die konsiliarpsychiatrische Versorgung als zufriedenstellend beurteilt.

Klinische und/oder GesundheitspsychologInnen waren in 12 von 21 Krankenanstalten tätig, mit einer Ausnahme alle auf fixen Dienstposten. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit der PsychologInnen betrug für jede der 12 Krankenanstalten rund 68 Wochenstunden.

PsychotherapeutInnen<sup>56</sup> waren in 8 von 21 Krankenanstalten tätig, davon in 4 Krankenanstalten auf eigenen Dienstposten. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit der PsychotherapeutInnen betrug rund 14 Wochenstunden.

#### **B.2.2.4 Umsetzungsempfehlungen**

Aus fachlichen und ökonomischen Gründen erscheint es dringend notwendig, das psychiatrische Konsiliararztwesen an nicht-psychiatrischen Abteilungen entsprechend zu strukturieren, auszubauen und in seiner Qualität zu sichern. Auch im Sinne der Früherkennung und der Behandlungsmotivation (etwa bei Alkoholabhängigkeit) ist dies essenziell. Für diese Optimierungsschritte könnten folgende Zusammenfassungen und Anregungen als Ausgangspunkt für konkrete Modelle dienen:

1. Im Rahmen der vorliegenden Evaluation des NÖP95 wird empfohlen, an 7 Standorten in NÖ, d.h. in jeder der 7 Psychiatrieregionen ein Regionales Zentrum für seelische Gesundheit (RZSG) am Allgemein-Krankenhaus mit vollstationären Betten und

Tagesklinikplätzen zu errichten. In den 7 Krankenanstalten, die über ein RZSG verfügen, sollen von diesem ausgehend psychiatrische Konsiliarleistungen an den somatischen Abteilungen dieser Krankenanstalten erbracht werden. Der psychiatrische Konsiliardienst wird auch im ÖKAP/GGP 2001 bei den Strukturqualitätskriterien für dezentrale Fachabteilungen für Psychiatrie an allgemeinen Krankenanstalten als Leistung angeführt. Von diesem Modell wären die folgenden Krankenanstalten betroffen:

- KH Hollabrunn
- Thermenklinikum – Standort Mödling oder Baden (je nach Entscheidung hinsichtlich RZSG-Standort)
- KH Neunkirchen
- Donauklinikum – Standort Tulln
- KH St. Pölten
- KH Amstetten (abhängig davon, ob in Zukunft das RZSG an diesem Standort oder am Standort Mauer lokalisiert ist)
- KH Waidhofen an der Thaya.

2. Darüber hinaus sollen an 9<sup>57</sup> weiteren, dislozierten Standorten psychiatrische Tageskliniken errichtet werden. Hier kommen grundsätzlich zwei Varianten in Frage: Die räumliche Anbindung der psychiatrischen Tageskliniken an bestehende Allgemeinkrankenhäuser oder sogenannte „Stand-Alone“-Lösungen. In beiden Fällen könnten die geplanten dislozierten Tageskliniken in Zukunft psychiatrische Konsiliarleistungen für die Krankenanstalten am Standort bzw. im Bezirk anbieten, alternativ zu von außen kommenden niedergelassenen PsychiaterInnen. Dieses Modell käme für folgende 8 Krankenanstalten in Frage:

- KH Mistelbach
- Thermenklinikum - Standort Mödling oder Baden (je nach Entscheidung hinsichtlich RZSG-Standort)
- KH Hainburg
- KH Wiener Neustadt

---

<sup>56</sup> PsychologInnen mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation wurden bei der Auswertung nur der Berufsgruppe der PsychologInnen zugerechnet.

<sup>57</sup> Inklusiv der psychiatrischen Tageskliniken in Krems und Lilienfeld, deren Errichtung vom ständigen Ausschuss des NÖGUS vom 27.02.2002 beschlossen wurde.

- KH Krems
- KH Lilienfeld
- KH Scheibbs
- KH Zwettl

In Tabelle 2 sind jene Krankenanstalten aufgelistet, für die die konsiliarpsychiatrische Versorgung durch das RZSG bzw. eine psychiatrische Tagesklinik am Standort oder im Bezirk erbracht werden könnte.

**Tabelle 2**

Krankenanstalt	Psychiatr. Betten	Standort (Bezirk) dislozierter psychiatrischer Tagesklinik
KH Hollabrunn	?	
KH Mistelbach		? Mistelbach
Thermenklinikum – Baden	?	? Baden oder Mödling (je nach Standort des RZSG)
Thermenklinikum - Mödling		
KH Hainburg		? Bruck an der Leitha
KH Neunkirchen	?	
KH Wiener Neustadt		? Wiener Neustadt
Donauklinikum - Standort Tulln	?	
KH Krems		? Krems
KH Lilienfeld		? Lilienfeld
KH St. Pölten	?	
KH Amstetten <sup>58</sup>	?	
KH Scheibbs		? Scheibbs
KH Waidhofen an der Thaya	?	
KH Zwettl		? Zwettl

3. Neun bestehende Krankenanstalten werden nach der vorliegenden Evaluation des NÖP 95 weder über ein RZSG noch über eine im Bezirk angesiedelte psychiatrische Tagesklinik verfügen. Für den konsiliarpsychiatrischen Dienst an diesen Krankenanstalten müssen Kooperations- und Koordinationsmodelle entwickelt werden, in denen Leistungen von niedergelassenen FachärztInnen für Psychiatrie, vom PSD (in erster Linie dann, wenn PSD-KlientInnen auf einer nicht-psychiatrischen

Abteilung stationär behandelt werden) und/oder von den RZSGs bzw. den psychiatrischen Tageskliniken in der Region angeboten werden. Folgende Krankenanstalten werden nach der vorliegenden Evaluation des NÖP 95 kein RZSG und keine psychiatrische Tagesklinik am Standort bzw. im Bezirk haben:

- Humanis Klinikum NÖ - Korneuburg
- Humanis Klinikum NÖ - Stockerau
- KH Klosterneuburg
- KH Melk
- KH Waidhofen an der Ybbs
- KH Gmünd
- Waldviertelklinikum - Allentsteig
- Waldviertelklinikum - Eggenburg<sup>59</sup>
- Waldviertelklinikum – Horn

4. Neben der konsiliarpsychiatrischen Versorgung wird die Anstellung von Klinischen - und GesundheitspsychologInnen/PsychotherapeutInnen für die vielfältigen psychologischen Probleme, mit denen körperliche Erkrankungen verbunden sein können (z.B. Intensivstation, Onkologie, Kardiologie etc.), empfohlen.
5. Der Aufbau einer integrierten Kooperationsstruktur der NÖ Krankenanstalten mit den niedergelassenen Psychiatern, dem RZSG (einschließlich der dislozierten Tageskliniken) und dem PSD ist für die psychiatrische Konsiliarversorgung essenziell und könnte zukünftig im Rahmen entsprechender Zielvereinbarung für die regionale psychiatrische Versorgung strukturell verankert werden. Dabei sollte - neben der hier ausführlich dargestellten Konsiliarversorgung in den Krankenanstalten - die Sicherstellung von psychiatrischen Konsiliarversorgungsleistungen in den bestehenden Heim- und betreuten Wohnstrukturen<sup>60</sup> und gegebenenfalls die Strafanstalten mitberücksichtigt werden. Im Sinne einer möglichst optimalen Versorgungsqualität wären zusätzlich zu den psychiatrischen Konsiliararztleistungen auch kombinierte Konsiliarleistungen gemeinsam mit anderen relevanten

---

<sup>58</sup> Abhängig davon, ob in Zukunft das RZSG an diesem Standort oder am Standort Mauer lokalisiert ist.

<sup>59</sup> Neurologische Abteilung vorhanden, die derzeit den psychiatrischen Konsiliardienst durchführt.

<sup>60</sup> Siehe dazu Kap. B.3

Berufsgruppen (Psychologen, Psychotherapeuten etc.) für komplexere Interventionen denkbar.

## **Teil B**

### **Kapitel 2.3**

# **Psychosoziale Dienste auf Bezirksebene**

Übersicht

Aussagen des Niederösterreichischen  
Psychiatrieplans 1995

Evaluation

B.2.3.1. Zielgruppe

B.2.3.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen

B.2.3.3 Aktuelle Versorgungslage

B.2.3.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung

## Übersicht zu „B.2.3 Psychosoziale Dienste (PSD)“

Seit dem Jahre 1972 bestehen in Niederösterreich auf der gesetzlichen Grundlage des damaligen nö. Behindertengesetzes bzw. des heutigen nö. Sozialhilfegesetzes sogenannte „psychosoziale Dienste“ (PSD); seit 1999 ist in jedem politischen Bezirk<sup>61</sup> ein PSD etabliert. Das Dienstleistungsangebot umfasst laut Vereinbarung des Landes Niederösterreich mit den beiden Trägervereinen Caritas St. Pölten und Psychosoziale Zentren GmbH schwerpunktmäßig die ambulante und mobile psychosoziale Betreuung von psychisch schwerkranken und multimorbiden erwachsenen Menschen.

Die Zielgruppe der PSDs sind Erwachsene einschließlich alter Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen und einem fluktuierenden komplexen Unterstützungsbedarf, die mit dem allgemein verfügbaren Angebot an ambulanten allgemein- bzw. fachärztlichen und/oder psychotherapeutischen Hilfen ihren Lebensalltag nicht bewältigen können bzw. wenig oder nicht motiviert sind, diese allgemein verfügbaren Hilfen in Anspruch zu nehmen. Dabei sind auch die Angehörigen und andere relevante Bezugspersonen in die Unterstützungsmaßnahmen mit einzubeziehen. Der Leitlinie der Subsidiarität entsprechend sollte für diese Personen und deren soziales Umfeld die ambulante psychiatrische Spezialversorgung in einer mit dem niedergelassenen Bereich abgestimmten Weise durch den PSD übernommen werden.

Diese ambulante und mobile psychiatrische Spezialversorgung beinhaltet die psychiatrische Behandlung - inklusive Notfallintervention an Wochentagen Tageskliniken - sowie die Hilferbringung in den Bereichen „Selbstversorgung und Wohnen“, „Tagesgestaltung und Kontaktfindung“ bzw. „Arbeit und Ausbildung“ (siehe Kap. B.3.1).

Die Planung dieser Komponenten sollte für die einzelnen PSD-Klienten im Rahmen einer individuellen Hilfeplanung in einer integrierten Weise erfolgen. Hauptleitlinie sollte dabei sein, durch individuell abgestimmte ambulante und mobile Hilfen den betreuten Personen weitestgehend den Verbleib in ihrem Lebensfeld zu ermöglichen und eine bedürfnisgerechte Lebensqualität für die Betroffenen und deren soziales Umfeld zu gewährleisten.

---

<sup>61</sup> Die PSDs in den Statutarstädten St. Pölten, Krems und Wiener Neustadt versorgen auch die Bewohner der umgrenzten Bezirke St. Pölten Land, Krems und Wiener Neustadt. Der Bezirk Wien-Umgebung hat an den Standorten Klosterneuburg und Schwechat jeweils einen PSD.

Im Sinne der Subsidiarität sollte bei dieser Spezialversorgung das „Normalisierungsziel“ angestrebt werden, die betreuten Personen soweit zur Selbstsorge zu befähigen, dass sie bei der Bewältigung ihres Lebensalltags soweit wie möglich mit dem örtlichen Hilfeangebot des niedergelassenen Bereichs und der sozialmedizinischen und sozialen Betreuungsdienste das Auslangen finden können - allerdings nicht ohne die Gewährleistung durch den PSD, sich in Zeiten eines gesteigerten individuellen Hilfebedarfs neuerlich mit einem Hilfeangebot niederschwellig und nahtlos einzublenden. Dabei sollte das Prinzip der Betreuungskontinuität durch die Sicherstellung der wiederholt benötigten Komplexleistungen eingehalten werden. Diese Vorkehrungen sind gerade bei psychischen Behinderungen essenziell, da - im Unterschied zu Körper- und Sinnesbehinderungen - der Schweregrad dieser Behinderungen und deren Folgen fluktuieren können.

Als ein für die optimale Unterstützung der hier ausgewiesenen Zielgruppe geeignetes Versorgungsmodell bietet sich ein intensives Case-Management („Assertive Community Treatment“) an, bei dem neben der Planung und Koordination aller individuellen Hilfen auch die im Einzelfall nötigen umfassenden und hochfrequenten Unterstützungskontakte im individuellen Lebensfeld der Betroffenen direkt durch ein Bezugsteam übernommen werden.

Dieses hier empfohlene intensive Case-Management ist nicht einfach als „Ergänzung“ zum bisherigen Leistungsangebot zu sehen, sondern vielmehr als ganzheitliches Konzept, bei dem die Gesamtheit an komplexen Leistungen individuell gebündelt und durch ein zuständiges multiprofessionelles Bezugsteam in einer eigenverantwortlichen Weise geplant und zum richtigen Zeitpunkt direkt umgesetzt wird.

Für die optimale Umsetzung dieses Konzepts des intensiven Case-Managements, in das die bisher schon angebotenen Leistungen der PSDs (Information, Clearing, Beratung, Behandlung, Begleitung, Vermittlung, Krisenmanagement, Angehörigenarbeit etc.) eingehen, sind personelle und infrastrukturelle Erweiterungen zum derzeitigen Angebot erforderlich.

Zusätzlich zu diesem Intensivangebot für die oben definierte Zielgruppe, kann der PSD auch für Personen tätig werden, die im niedergelassenen Bereich in Behandlung stehen, aber - in Vereinbarung mit den niedergelassenen Therapeuten - als flankierende Ergänzung Hilfen in

den Bereichen „Selbstversorgung und Wohnen“, „Tagesgestaltung und Kontaktfindung“ bzw. „Arbeit und Ausbildung“ benötigen.

Die Zuweisung zum PSD würde sich demnach auch je nach angestrebtem Leistungsformat unterscheiden.

- a. Bei Personen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen und einem erhöhten Komplexleistungsbedarf - die in dem hier beschriebenen Vorschlag die Kerngruppe für den PSD darstellen - sind Zuweisungswege über die psychiatrischen Fachabteilungen/ -krankenhäuser, die komplementären Wohneinrichtungen und den niedergelassenen Bereich zu erwarten.
- b. Bei Personen, die bereits Hilfen aus dem niedergelassenen Bereich, aus dem Bereich der sozialmedizinischen und sozialen Dienste bzw. aus dem Privatbereich erhalten, kann die ergänzende Inanspruchnahme von PSD-Teilleistungen über Empfehlungen von den schon tätigen Diensten erfolgen.

Ein derzeit noch ungelöstes Problem stellt die zusätzlich benötigte ambulante und mobile Versorgung spezieller Personengruppen dar. Die Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten, deren stationäre und teilstationäre psychiatrische Behandlung in die Zuständigkeit der Regionalen Zentren für seelische Gesundheit integriert ist, sollte auch im zukünftigen Aufgabenbereich des PSD enthalten sein. Die ambulante Betreuung von kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten und von Patienten mit Abhängigkeitsproblemen, für die die teilstationäre und stationäre Behandlung nicht regional sondern überregional erfolgt (siehe Kap.C.1 und C.2), sollten Lösungen gemäß den folgenden Organisationsvarianten gefunden werden:

- a. Die Integration in den allgemeinen PSD durch spezialisierte Departements
- b. Die zusätzliche Schaffung von spezialisierten PSDs  
(KuJP-PSD, Sucht-PSD)
- c. Die Integration in bestehende Dienste der Altenhilfe, Jugendwohlfahrt bzw. Suchtberatung

**Die wesentlichen Inhalte lassen sich zusammenfassend folgendermaßen darstellen:**

- a) **Zielgruppe für die Betreuung durch den PSD** sollten zunächst erwachsene - einschließlich alter - Personen sein, die ihre psychisch bedingten Einschränkungen und Beeinträchtigungen weder selbstständig noch mit dem allgemein verfügbaren Angebot an ambulanten (fach-)ärztlichen und/oder psychotherapeutischen Hilfen und anderen sozialen und privaten Hilfen in ihrem Lebensfeld bewältigen können bzw. wenig oder nicht motiviert sind, diese allgemein verfügbaren Hilfen in Anspruch zu nehmen.
- b) **Die subsidiäre Übernahme der zentralen Versorgungsverantwortlichkeit** des PSD für diese Zielgruppe umfasst als Kernleistungen die Unterstützungsplanung und -abstimmung bzw. die Unterstützungssicherung und -koordination.
- c) **Das Leistungsspektrum umfasst die Funktionsbereiche** der psychiatrischen Grundversorgung inklusive der Notfallintervention tagsüber an Wochentagen sowie die Hilfeerbringung in den Bereichen „Selbstversorgung und Wohnen“, „Tagesgestaltung und Kontaktfindung“ bzw. „Arbeit und Ausbildung“ mit allen benötigten direkten Unterstützungsleistungen.
- d) Im jeweiligen Standortbezirk soll der PSD also auch die flächendeckende telefonische, ambulante und mobile psychiatrische **Not- und Krisenversorgung** tagsüber an Werktagen erbringen.
- e) **Weitere relevante Hilfssysteme** sind in einer koordinierten Weise einzuschalten, gegebenenfalls auch dem Unterbringungsgesetz entsprechende Maßnahmen.
- f) **Anzustrebendes Ziel** für die betreuten Personen ist es dabei immer, sie zu befähigen, mit dem verfügbaren niedergelassenen Versorgungsangebot das Auslangen zu finden.
- g) **Nach dem Modell des intensiven Case-Managements** wird neben Vernetzungs- und Koordinationsaufgaben auch spezielle Unterstützung im Lebensfeld für Klienten mit schweren psychischen Beeinträchtigungen direkt angeboten.

- h) **Zuweisungswege zu diesen psychosozialen Komplexleistungen** des PSD sind über die psychiatrischen Fachabteilungen/-krankenhäuser, die betreuten Wohneinrichtungen und den niedergelassenen Gesundheits- und Sozialbereich zu erwarten.
- i) **Die Personalressourcen** sollten sich mit einem Schlüssel von 260 Wochenstunden pro 50.000 Einwohner auf ein multidisziplinäres Team aus Psychiatern, Psychologen, diplomierten Sozialarbeitern und sonstigem therapeutischen Personal aufgliedern. Bei einer Erweiterung um zusätzliche Versorgungskomponenten im Suchtbereich bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich müsste eine entsprechende Personalerweiterung vorgenommen werden.

## **Aussagen des NÖ Psychiatrieplandes 1995**

*Im NÖP95 wurde für jeden Sektor, d.h. für jeden der 3 oder 4 geographischen Untereinheiten einer Psychiatrieregion, ein psychosozialer Dienst vorgeschlagen. Auf der Grundlage dieser flächendeckenden Raumplanung ergab das eine Versorgungsrate von etwa einem psychosozialen Dienst für 50.000 Einwohner. Als Personalerfordernis wurde pro psychosozialen Dienst eine Besetzung mit mindestens 80 Wochenstunden nicht-psychiatrischer Berufsgruppen sowie mindestens 40 Psychiater-Wochenstunden empfohlen. Als optimale Arbeitsorganisation wurde das Modell der "Unité des soins" hervorgehoben, bei dem das Team des psychosozialen Dienstes auch am regionalen psychiatrischen Zentrum (Bettenabteilung, Tagesklinik, Krisen-/Notfalldienst) tätig sein sollte und auf Teilzeitbasis auch niedergelassene Psychiater beschäftigt werden könnten*

*Das Tätigkeitsspektrum des psychosozialen Dienstes wurde folgendermaßen definiert:*

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

*Neben der Leistungserbringung in den jeweiligen Beratungsstellen, bei der neben der direkten Möglichkeit der Kontaktaufnahme auch der indirekten Kontaktform mittels telefonischer Beratung gerade im ländlichen Bereich große Bedeutung beigemessen wurde, betonte der NÖP95 auch die Wichtigkeit des mobilen Tätigkeitsfelds mit allen dafür notwendigen, organisatorischen Voraussetzungen.*

## Evaluation 2003

Der PSD entstand historisch betrachtet aus der Notwendigkeit heraus, im Zuge der früheren Phase der niederösterreichischen Psychiatriereform der 70er-Jahre ein überbrückendes Bindeglied zwischen der stationären Versorgung und der außerstationären Versorgung zu bilden. Diese Notwendigkeit bestand umso mehr, als durch den damals beginnenden Prozess der Enthospitalisierung von Langzeitpatienten aus den Landesnervenkliniken und durch das aufkommende Bestreben, die Krankenhausaufenthalte - zur Vermeidung von Hospitalisierungsschäden - so kurz wie möglich zu halten, außerhalb der Fachkliniken adäquate Versorgungsstrukturen aufzubauen waren.

Mittlerweile gibt es nach einer dreißigjährigen Entwicklung in jedem niederösterreichischen Bezirk ein entsprechendes Angebot des PSD. Allerdings erscheint dieser Entwicklungsprozess keineswegs abgeschlossen. Zu beobachten ist vielmehr - als Folge einer fortgeschrittenen strukturellen Verlagerung von stationären hin zu ambulanten und extramuralen Behandlungs- und Betreuungsressourcen - eine deutliche Weiterentwicklung des Bedarfs, sowohl qualitativ als auch quantitativ.

Begründet liegt diese Ressourcenverlagerung in mehreren gleichzeitig ablaufenden Prozessen. Zum einen bestätigen empirische Studien immer mehr die Effektivität von lebensfeldintegrierten Behandlungsmodellen bei psychiatrischen Erkrankungen und beschränken damit gleichzeitig die stationäre Behandlung auf den Fall, dass ambulante und komplementäre Hilfen nicht mehr ausreichen. Zum anderen sind gerade die Leistungen im Spitalsbereich generell sehr kostenintensiv, was zu systematisch betriebenen Optimierungen der Versorgungsprozesse mit dem Ziel der gleichzeitigen Kostendämpfung geführt hat.

Nicht zuletzt ist das selbstbewusste Hervortreten der Betroffenen selbst und deren Angehörigen mit der Forderung nach einer bedürfnisgerechten Versorgung eine treibende Kraft hin zu niederschweligen lebensfeldzentrierten Angeboten, der sich politische Entscheidungsträger immer weniger verschließen können. Damit im Zusammenhang steht ein anhaltender Prozess der geforderten Entdiskriminierung von Personen mit psychischen Erkrankungen, der gerade die historisch stigmatisierten und stigmatisierenden Landesnervenkliniken Mauer und Gugging zu neuen, nach außen ausgerichteten Positionierungen und Kooperationen in der psychiatrischen Versorgungslandschaft zwingt.

### B.2.3.1 Zielgruppe

Als Zielgruppe sollte der PSD jene erwachsene<sup>62</sup> - einschließlich alter - Menschen betreuen, die

- ihre komplexen, psychosozialen Behinderungen weder selbstständig noch mit dem allgemein verfügbaren Angebot an ambulanten fachärztlichen und/oder psychotherapeutischen Hilfen bzw. anderen privat und professionell organisierten sozialen Hilfen in ihrem Lebensfeld bewältigen können, und/oder
- diese verfügbaren Hilfen (noch) nicht akzeptieren bzw. in Anspruch nehmen können/wollen, und/oder
- neben der - durch den niedergelassenen Bereich geleisteten - ambulanten psychiatrischen Grundversorgung - in Übereinstimmung mit dem niedergelassenen Bereich - spezifische psychosoziale, ambulant bzw. mobil organisierte Unterstützung in einem oder mehreren der Bereiche „Selbstversorgung und Wohnen“, „Tagesgestaltung und Kontaktfindung“ bzw. „Arbeit und Ausbildung“, sowie Unterstützung bei der Abstimmung und Koordination dieser Hilfen benötigen (siehe Kapitel B.3.1).

Im Wesentlichen handelt es sich dabei um die ambulante und mobile Betreuung von psychisch behinderten Personen mit durchwegs komplexen psychiatrisch-psychosozialen Behinderungen, die entweder eine besonders niedrige Schwelle für das ambulante Aufsuchen von fachlicher Hilfe benötigen oder die prinzipiell dort aufgesucht werden müssen, wo sie wohnen. Bei diesen Patienten kommt oft noch das Kriterium der Ablehnung psychiatrischer Hilfe in der üblich angebotenen ambulanten Weise hinzu, so dass darum „geworben“ werden muss, dass die Hilfe in Anspruch genommen wird. Eine charakteristische Besonderheit stellt oft die Unregelmäßigkeit im benötigten Hilfebedarf dieser Personen dar, die, anders als bei Körper- und Sinnesbehinderungen, Ausdruck einer Fluktuation des Schweregrades der Behinderung ist.

Eine versorgungsrelevante Besonderheit kommt der hier vorgeschlagenen Erweiterung des Aufgabenspektrums des PSD durch die Betreuung von älteren Personen über 65 Jahre zu, die

---

<sup>62</sup> Ab dem vollendeten 18. Lebensjahr

im aktuellen Konzeptentwurf<sup>63</sup> der Träger noch nicht enthalten ist. Der Vorschlag der Einbeziehung dieser Personengruppe entspricht dem Plan, ihre teilstationäre und stationäre Versorgung auf der regionalen Versorgungsebene durchzuführen, also im Rahmen des Zentrums für Seelische Gesundheit (siehe Kap. B.1).

Weiterer Überlegungen bedarf es auch hinsichtlich zweier möglicher zusätzlicher Zielgruppen der psychosozialen Betreuung, die derzeit ebenfalls nicht explizit im PSD-Konzept mitberücksichtigt werden. Es sind dies einerseits Personen mit Abhängigkeitserkrankungen<sup>64</sup> und andererseits Kinder und Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen<sup>65</sup>. Durch die zunehmende Tendenz zum Suchtmittelmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen erfahren diese Versorgungsbereiche noch eine zusätzliche gemeinsame Versorgungsrelevanz. Die teilstationäre und stationäre Versorgung dieser Personengruppen erfolgt überregional (siehe Kap. C.1 und C.2).

Für Personen mit Intelligenzminderungen besteht in Niederösterreich ein eigenes Versorgungssystem der Behindertenhilfe; auf diesbezügliche Schnittstellen wird weiter unten eingegangen.

### **B.2.3.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen**

Seit dem Jahre 1972<sup>66</sup> bestehen in Niederösterreich auf der gesetzlichen Grundlage des damaligen nö. Behindertengesetzes bzw. des heutigen nö. Sozialhilfegesetzes „Psychosoziale Dienste“.

Die aktuelle gesetzliche Grundlage für den PSD bildet § 34 des NÖ SHG. Darin werden „Psychosoziale Dienste für psychisch beeinträchtigte Menschen“ unter den „persönlichen

---

<sup>63</sup> PSZ GMBH, CARITAS ST.PÖLTEN: Entwurf PSD Konzept 2003

<sup>64</sup> Gemäß dem aktuellen PSD-Konzept werden suchtkranke Personen „nur dann im PSD betreut, wenn ihr Substanzmissbrauch als Co-Morbidität zu einer der oben aufgezählten Diagnosen auftritt und nicht das primäre Problem darstellt.“

<sup>65</sup> Im Jahresbericht 2002 der PSZ GmbH wird allerdings von einem erfolgreich laufenden Jugendprojekt in den PSDs Hollabrunn und PSD Stockerau berichtet, in dem 2002 insgesamt 22 Jugendliche betreut wurden.

<sup>66</sup> Ein Übereinkommen zwischen der Caritas der Diözese St. Pölten und dem Amt der NÖ Landesregierung regelte den Einsatz eines Sozialarbeiters für das gesamte Gebiet der Diözese St.Pölten und die Gerichtsbezirke Ravelsbach, Hollabrunn und Kirchberg/Wagram (aus einer im Zuge des 30-jährigen PSD-Jubiläums im Jahr 2002 erstellten Zeittafel der Caritas St.Pölten)

Hilfen“ aufgelistet. Diese „persönlichen Hilfen“ gelten laut § 45 des NÖ SHG als „ambulante Dienste“ und sind als „Leistungen zur Befriedigung gleichartiger, *regelmäßig* auftretender persönlicher, familiärer oder sozialer Bedürfnisse von Hilfe Suchenden“ definiert.

Diese Festlegung macht die Inanspruchnahme dieser „persönlichen Hilfen“ von der Gleichartigkeit und Regelmäßigkeit der persönlichen Bedürfnislage abhängig. Wie allerdings schon oben bei der Beschreibung der Zielgruppe erwähnt, kann bei Personen mit psychischen Behinderungen der Bedürfnisgrad hinsichtlich der benötigten Hilfe fluktuieren und ist - anders als bei Körper- und Sinnesbehinderungen - eher selten von regelmäßiger Natur. In der Praxis bringt das in den meisten Fällen ein wiederholtes Wechseln zwischen Phasen mit vermehrtem persönlichem Hilfebedarf und Phasen mit geringem persönlichem Hilfebedarf mit sich.

Im Mai 2001 wurden gemäß § 48 des NÖ SHG<sup>67</sup> zwischen dem Land Niederösterreich als Träger der Sozialhilfe und der Caritas St. Pölten<sup>68</sup> und den Psychosozialen Zentren GmbH<sup>69</sup> neue Vereinbarungen für das Betreiben der Psychosozialen Dienste in Niederösterreich abgeschlossen. Für die Caritas St. Pölten bedeutete dies eine Fortsetzung, der vor diesem Zeitpunkt stattgefundenen Aktivitäten, und zwar im Einzugsgebiet des Ostarrichiklinikums Amstetten (vormals LNK Mauer), d.h. im Bereich der Erzdiözese St. Pölten (siehe Kap. A.3.1). Für die „Psychosoziale Zentren GmbH“ war dies ein neues Tätigkeitsfeld, das bis 1998 ausschließlich von landeseigenen Diensten abgedeckt worden war, u. zw. im verbleibenden östlichen Teil des Bundeslandes, das dem Gebiet der Erzdiözese Wien entspricht.

Das in der Vereinbarung festgelegte Dienstleistungsangebot „umfasst die ambulante und mobile psychosoziale Betreuung psychisch kranker (Klassifikation nach ICD 10 - Kapitel F) oder beeinträchtigter Menschen und deren Angehöriger. Den Schwerpunkt bildet dabei die Versorgung der Zielgruppe der schwerkranken und multimorbiden Menschen.“

---

<sup>67</sup> Dieser Paragraph regelt die Beziehungen des Landes zu den Leistungserbringern und sieht vor, dass das Land als Träger der Sozialhilfe zur Erfüllung seiner Aufgaben Träger der freien Wohlfahrt und andere Träger einzuladen hat.

<sup>68</sup> Für die Versorgungsregionen Waldviertel (Gmünd, Horn, Waidhofen/Thaya, Zwettl), Mostviertel (Amstetten, Melk, Scheibbs, Waidhofen/Ybbs), Zentralraum (Lilienfeld, St.Pölten, Krems)

<sup>69</sup> Für die Versorgungsregionen Weinviertel (Hollabrunn, Korneuburg), Gugging/Tulln (Bruck/Leitha, Gänserndorf, Tulln, Schwechat, Mistelbach, Wien-Umgebung), Südregion Nord (Baden, Mödling), Südregion Süd (Neunkirchen, Wr. Neustadt Stadt und Land)

Mit der Inanspruchnahme des Dienstleistungsangebots sind für die Nutzer keine Kosten bzw. Kostenbeiträge verbunden, andererseits besteht kein Rechtsanspruch auf diese Leistungen. Die Aufteilung der Versorgungsbezirke wurde aus dem vorangegangenen Übereinkommen übernommen, allerdings mit dem Vermerk, dass gegebenenfalls die aus der vorliegenden Evaluation resultierenden Neudefinitionen der psychiatrischen Versorgungsregionen entsprechende Berücksichtigung finden sollten.

Die Budgetmittel werden jährlich mittels Subventionsverfahren bewilligt und abgerechnet. Hinsichtlich der im NÖP95 empfohlenen Personalausstattung des PSD<sup>70</sup> wurde ein 80-prozentiges Ausbaurvolumen bis zum Jahr 2005 vereinbart.

In einem von der „Arbeitsgemeinschaft PSD Ost-West“ im Juli 1998 verfassten Konzept „Psycho-sozialer Dienst Niederösterreich“ wurden auf der Basis des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995 Umsetzungskriterien zu Organisation, Zielgruppe, Zugangskriterien, Aufgaben und Dienstleistungen des PSD festgelegt.

In einer Überarbeitung dieses Konzepts liegt derzeit ein Entwurf „PSD Konzept 2003“ der beiden Träger PSZ GmbH und Caritas St. Pölten vor. Eine Veränderung zum Konzept von 1998 ergibt sich hinsichtlich der Zielgruppe durch eine explizite Ausgrenzung von alten Menschen über 65 Jahre und Personen mit demenziellen Erkrankungen. Personen mit Abhängigkeitserkrankungen<sup>71</sup> waren schon bisher nicht in der Zielgruppe vertreten, genauso wenig wie Kinder und Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen.

Die mit dem Land Niederösterreich abgeschlossene Vereinbarung sieht demgegenüber das Dienstleistungsangebot durch den PSD für psychisch kranke oder beeinträchtigte Menschen nach der ICD 10-Klassifikation, Kapitel F, ohne ausdrückliche Einschränkungen vor. Die praktische Umsetzung dieser neuen Vereinbarung würde eine Ergänzung um die genannten

---

<sup>70</sup> Mindestens 80 Wochenstunden (2 Personen) nicht-psychiatrischer Berufsgruppen und mindestens 40 Psychiater-Wochenstunden (ev. geteilt in zwei Ärzte) pro 50.000 EW.

<sup>71</sup> Im Unterschied zur PSZ GmbH wurde bei der Leistungserbringung der psychosozialen Beratung durch die Caritas St.Pölten im vorangegangenen Übereinkommen aus dem Jahr 1994 neben den psychisch kranken Menschen auch die Zielgruppe der alkoholabhängigen Menschen explizit mit berücksichtigt. Für die PSZ GmbH war diese Zielgruppe kein Bestandteil der früheren Vereinbarung.

Zielgruppen im Rahmen der PSD-Aufgaben bedeuten, aber auch die Versorgung von Personen mit geistiger Behinderung mit einschließen.

In einer am 29. Jänner 2002 geschlossenen Grundsatzvereinbarung zwischen der Niederösterreichischen Ärztekammer und allen anderen in der ambulanten psychiatrischen Versorgung tätigen Dienste wurde prinzipiell festgestellt, dass die Versorgungszuständigkeit der PSD-Träger in NÖ insbesondere zur ärztlichen Betreuung und Behandlung von schwerkranken und multimorbiden psychiatrisch Erkrankten rechtlich möglich ist und einvernehmlich anerkannt wird. Für den PSD wurde die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich (Fachärzte und Psychotherapeuten) ausdrücklich erklärt. Außerdem bestand Einvernehmen, dass die Zahl der Kassen-Planstellen für Fachärzte für Psychiatrie in NÖ für eine angemessene Versorgung unzureichend ist und erhöht werden soll.

Für Personen mit geistiger Behinderung besteht in Niederösterreich auf der Grundlage von Bedarfs- und Entwicklungsplänen<sup>72</sup> ein zur psychiatrischen Versorgung ergänzendes Versorgungsmodell, für dessen Umsetzung und Koordination die Abteilung Sozialhilfe der NÖ Landesregierung verantwortlich zeichnet. Auch auf diesem Versorgungsgebiet erschiene eine präzisere Klärung der Versorgungszuständigkeiten mit den Schnittstellen und möglichen Synergien sinnvoll.

### **B.2.3.3 Aktuelle Versorgungslage**

Seit Erstellung des NÖP95 haben sich die PSDs in ihren Kernleistungsbereichen weiter entwickelt, was sich einerseits an der mittlerweile flächendeckenden Verfügbarkeit und andererseits an einer verbesserten Personalsituation zeigt. Wie aus der Tabelle im Anhang ersichtlich, gibt es seit 1999<sup>73</sup> in jedem Bezirk/Sektor einen PSD, an insgesamt 23 Standorten<sup>74</sup>.

---

<sup>72</sup> z.B. Zentrum für Alternswissenschaften und Sozialpolitikforschung, NÖ Landesakademie (Bearbeiter: Bernd Löger): Gegenwärtiger Stand und Ausbauplan der NÖ Behindertenhilfe, St.Pölten, Februar 2000

<sup>73</sup> Eröffnung des PSD Hollabrunn

<sup>74</sup> Eine Besonderheit stellt hier, wie überhaupt für die Gesamtplanung, der Bezirk Wien-Umgebung mit seinen Subeinheiten Klosterneuburg, Schwechat, Purkersdorf und Gerasdorf dar. Klosterneuburg und Schwechat besitzen bereits einen PSD, für Purkersdorf würde sich aus Erreichbarkeitsgründen ebenfalls ein eigener PSD anbieten, für Gerasdorf könnte allerdings der PSD in Mistelbach die Versorgungsfunktion übernehmen, wie es auch schon jetzt die Praxis ist.

Die seit 1995 verbesserte Personalsituation liegt niederösterreichweit weiterhin noch unter der Empfehlung im NÖP95 (Tabelle 1). So sind bei den psychiatrischen Fachärzten rund 43,6% des damals vorgeschlagenen Wochenstunden-Sollwertes erreicht, bei den diplomierten Sozialarbeitern sind es 71,2%. Werden zusätzlich die lediglich marginal ausgeprägten Verfügbarkeiten von diplomierten psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und Psychotherapeuten in den beiden Bezirken Hollabrunn und Stockerau hinzugezählt (Tabelle 2), dann erhöht sich der aktuelle, personelle Ausbaugrad auf 73,2% der nicht-psychiatrischen Berufsgruppen.

**Tab. 1 Personal-Wochenstunden der Psychosozialen Dienste in NÖ nach Berufsgruppen: Ist-Werte (Durchschnittswerte von 01-06/2002) und Soll-Werte (Empfehlung NÖP95)**

Region	Einwohner	Fachärzte für Psychiatrie			Diplomierte Sozialarbeiter		
		Ist-Wert in Std./Wo	Soll-Wert in Std./Wo (40 Wo.Std./50.000 EW)	Ausbau-stufe in % (Ist/Soll)	Ist-Wert in Std./Wo	Soll-Wert in Std./Wo (80 Wo.Std./50.000 EW)	Ausbau-stufe in % (Ist/Soll)
Weinviertel	287.483	99	230	43,0%	329	460	71,5%
Thermenregion	317.090	134	254	52,7%	320	507	63,1%
Bucklige Welt	195.305	79	156	50,6%	180	313	57,5%
NÖ Mitte Nord	192.669	51	154	33,1%	266	308	86,4%
NÖ Mitte Süd	169.514	45	136	33,1%	163	271	60,1%
Mostviertel	237.461	60	190	31,6%	272	380	71,6%
Waldviertel	146.282	73	117	62,4%	230	234	98,3%
<b>Summe</b>	<b>1.545.804</b>	<b>541</b>	<b>1237</b>	<b>43,7%</b>	<b>1760</b>	<b>2473</b>	<b>71,2%</b>

**Tab. 2 Psychiatrisch diplomiertes Pflegepersonal und Psychotherapeuten  
in den Psychosozialen Diensten in NÖ – Wochenstunden  
(Stand 16.08.2002)**

<b>PSD</b>	<b>Psych. diplomiertes Pflegepersonal</b>	<b>Psychotherapeuten</b>	<b>Summe</b>
Hollabrunn	15	7	22
Stockerau	20	7	27
Summe	35	14	49

Eine genauere Betrachtung der zeitlichen Personal-Verfügbarkeit zeigt Unterschiede zwischen den Regionen (Tabelle 3). Gemessen am Gesamt-Sollwert (120 Wochenstunden per 50.000 EW) ergab sich die höchste personelle Gesamtausbaustufe im Waldviertel mit 86,3%, gefolgt vom Weinviertel mit 69,1%<sup>75</sup> und von NÖ Mitte Nord mit 68,6%. Mit 51,1% ist NÖ Mitte Süd die Region mit dem geringsten Personalausbau.

---

<sup>75</sup> Inklusive der 49 Wochenstunden von DGKP und Psychotherapeuten in den Bezirken Hollabrunn und Stockerau

**Tab. 3 Gesamtpersonal-Wochenstunden der Psychosozialen Dienste in NÖ:  
Ist-Werte (Durchschnittswerte von 01-06/2002) und  
Soll-Werte (Empfehlung NÖP95)**

<i>Region</i>	<b>Einwohner</b>	<b>PSD-Personal</b>		
		<b>Ist-Wert in Std./Wo</b>	<b>Soll-Wert in Std./Wo (120 Wochenstd./ 50.000 EW)</b>	<b>Ausbaustufe in % (Ist/Soll)</b>
Weinviertel	287.483	477	690	69,1%
Thermenregion	317.090	454	761	59,7%
Bucklige Welt	195.305	259	469	55,2%
NÖ Mitte Nord	192.669	317	462	68,6%
NÖ Mitte Süd	169.514	208	407	51,1%
Mostviertel	237.461	332	570	58,2%
Waldviertel	146.282	303	351	86,3%
<b>Summe</b>	<b>1.545.804</b>	<b>2350</b>	<b>3710</b>	<b>63,3%</b>

Die mit diesen Personalressourcen erreichten Häufigkeiten der Inanspruchnahme der PSD-Leistungen sind aus Tabelle 4 ersichtlich. Die erhobenen Daten beziehen sich auf den Zeitraum 01.11.2000 – 31.10.2001 (PSDs der PSZ GmbH) bzw. 01.01. – 31.12.2001 (PSDs der Caritas St. Pölten).

**Tab. 4 Anzahl der Klienten und Klientenkontakte im Jahr 2001  
in den Psychosozialen Diensten in NÖ**

Region	Einwohner	Anzahl der Klienten und Kontakte pro Jahr		
		Klienten	Kontakte	Kurzkontakte
Weinviertel	287.483	690	9.857	1.834
Thermenregion	317.090	604	10.958	2.582
Bucklige Welt	195.305	406	5.021	902
NÖ Mitte Nord	192.669	483	5.426	1.582
NÖ Mitte Süd	169.514	316	3.913	1.329
Mostviertel	237.461	403	5.227	1.718
Waldviertel	146.282	368	3.819	1.297
<b>Summe</b>	<b>1.545.804</b>	<b>3.270</b>	<b>44.221</b>	<b>11.244</b>

In der Darstellung wird zwischen Kontakten und Kurzkontakten unterschieden: Bei Kurzkontakten handelt es sich um maximal drei aufeinander folgende sozialarbeiterische Beratungen pro Person. KlientInnen, die nur Kurzkontakte in Anspruch genommen haben, scheinen nicht in den KlientInnenzahlen der Tabelle auf. Sogenannte Zusatzkontakte, das sind Kontakte mit Personen aus dem sozialen Umfeld der KlientInnen, sind in der Statistik inkludiert.

**DIE DURCHSCHNITTlichen ÖFFNUNGSZEITEN FÜR AMBULANTE KONTAKTE BELAUFEN SICH AUF FÜNF STUNDEN PRO WOCHE, WOBEI EINE GROßE STREUUNG VON EINER STUNDE BIS ZU FÜNFZEHN STUNDEN PRO WOCHE GEMELDET WURDE (SIEHE TABELLE IM ANHANG). DIESE ÖFFNUNGSZEITEN SPIEGELN LAUT GEMELDETER DOKUMENTATION DIE ZEITLICHEN AUSPRÄGUNGEN DER AMBULANTEN KONTAKTMÖGLICHKEITEN WIEDER. ZUSÄTZLICH INDIVIDUELL VEREINBARTE KONTAKTE WURDEN DABEI NICHT BERÜCKSICHTIGT. NEBEN DEN KERNÖFFNUNGSZEITEN WERDEN NOCH ZUSÄTZLICHE TELEFONZEITEN ANGEBOTEN, DIE EBENFALLS IN DER TABELLE IM ANHANG AUSGEWIESEN WERDEN.**

#### **B.2.3.4 Stärken-/Schwächenanalyse**

Der gemeldete personelle Ausbau mit einem durchschnittlichen Volumen von 63,3% im Zeitraum des ersten Halbjahres 2001 erscheint in Hinblick auf das mit dem Land Niederösterreich vereinbarte 80-prozentige Ausbauvolumen bis zum Jahr 2005 befriedigend. Die fast ausschließliche personelle Konzentration auf Fachärzte für Psychiatrie und diplomierte Sozialarbeiter<sup>76</sup> erscheint hingegen zu einseitig.

Die Empfehlung aus dem NÖP95 hinsichtlich der 80 Wochenstunden für nicht-psychiatrische Berufsgruppen per 50.000 EW wurde im Zuge des seither erfolgten Personalausbaus ausschließlich auf die Berufsgruppe der diplomierten Sozialarbeiter beschränkt<sup>77</sup>. Gerade die Ergänzung durch Gesundheits- und Krankenpflegepersonal erschiene für die empfohlene, breit angelegte - vorwiegend mobil ausgerichtete - Unterstützung im individuellen Lebensfeld substanziell und unverzichtbar.

Bei den Öffnungszeiten müsste unterschieden werden zwischen der Zeit, in der die Beratungsstelle besetzt ist und aufgesucht werden kann, und der Zeit, in der das Personal aufsuchend-mobil tätig ist. Insgesamt jedoch erscheint die Streuung von einer einzigen bis hin zu 15 gemeldeten Öffnungsstunden pro Woche noch als zu unausgewogen und für eine optimale Ausführung der konzipierten Leistungen unzureichend.

Obwohl keine Angaben darüber vorliegen, wird in Anbetracht der Charakteristik der versorgten Zielgruppe hier betont, dass das Ausmaß an aufsuchenden Kontakten entsprechend groß sein sollte.

---

<sup>76</sup> Die Ausnahme bilden die in den beiden PSD-Projekten „psychiatrische Pflege“ und „Psychotherapie“ in Hollabrunn und Stockerau eingesetzten diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und Psychotherapeuten.

<sup>77</sup> Lediglich die 2002 angelaufenen Projekte „Psychiatrische Pflege“ und „Psychotherapie“ in den Bezirken Hollabrunn und Stockerau erbrachten eine Erweiterung durch insgesamt 35 Wochenstunden aus der Berufsgruppe der DGKP und 14 Wochenstunden aus der Berufsgruppe der Psychotherapeuten

Als Stärke kann der professionelle Organisationsapparat der beiden Betreiber des PSD in Niederösterreich betrachtet werden. Die jahrzehntelange Erfahrung bei der Betreuung von Personen mit komplexen psychischen Beeinträchtigungen und die erfolgreiche intensive Zusammenarbeit mit allen relevanten Diensten und Einrichtungen zeichnet die beiden Trägervereine Caritas St.Pölten und PSZ GesmbH in ihrer Versorgungskompetenz aus. Optimale Koordinationen und Kooperationen erscheinen zusätzlich durch den Umstand gefördert, dass beide Träger neben dem PSD auch Einrichtungen zum Wohnen, zur Arbeit und zur Tagesgestaltung betreiben. Nicht zuletzt ergibt sich durch diese Stärke auch eine gewisse Sicherung in den finanziellen Gebarungen und macht diese „großen“ Träger gegenüber Finanzierungsengpässen im Hinblick auf die Kontinuität der Leistungsqualität weniger anfällig, als dies bei strukturschwächeren Trägern der Fall wäre.

Andererseits wiederum tendieren strukturstarke Organisationen mit ihrer umfangreichen Personal- und Angebotsstruktur zur Monopolisierung des regionalen und globalen Angebots und streben nicht zuletzt aus Gründen der Organisationsoptimierung nach einer immer vielfältigeren Diversifikation des eigenen Angebots, was den „Wettbewerb“ unter den Leistungserbringern und die „Wahlfreiheit“ unter den Leistungsnehmern einschränken kann. Die Gefahr, dass die jeweilige Kultur einer großen Organisation mit der Gesamtheit ihrer Wissensvorräte, Denkmuster, Wertvorstellungen und Verhaltensnormen das versorgungsrelevante professionelle Handeln in der Interaktion mit den Leistungsnehmern zu sehr nivelliert, macht zusätzliche korrigierende und erweiternde Maßnahmen auf einer übergeordneten Ebene umso nötiger. Die Errichtung von regionalen psychiatrischen Verbundsystemen mit horizontaler und vertikaler Vernetzung - wie sie im Kap. D.1 vorgeschlagen werden - könnte diesbezüglich eine versorgungsoptimierende Maßnahme darstellen.

Ein Vergleich mit dem von Trägerseite entworfenen „PSD Konzept 2003“ zeigt grundsätzlichen Übereinstimmung mit dem hier empfohlenen Modell. Allerdings erscheint das von den Trägern skizzierte Modell - vermutlich aus Gründen einer ressourcenbedingten Zurückhaltung und einer verständlichen Diplomatie gegenüber den Financiers und politischen Entscheidungsträgern - doch noch mehr der so genannten „komplementären“ Tradition verpflichtet. Es beinhaltet nämlich nicht die hier als notwendig erachtete Erweiterung der *Zielgruppendefinition* und verzichtet weitgehend auf den eigenen Anspruch hinsichtlich der

*zentralen Versorgungsverantwortlichkeit* für die vertraglich schon festgelegte Zielgruppe, der mit einer beträchtliche Erweiterung der personellen Ausstattung verknüpft wäre.

Ein weiterer Unterschied betrifft die Struktur des Angebots und die Organisation der Leistungserbringung. So werden im bisherigen Angebotsspektrum - ähnlich der Leistungsdistribution in den bestehenden Landesnervenkliniken - verschiedene Module angeboten und die Klienten diesen Leistungen in einer diagnostischen Clearingphase zugeordnet.

Demgegenüber zeigt sich im hier empfohlenen Modell der Vorrang in der Klärung über die zu erfolgende Übernahme des Klienten in die Kernversorgungsgruppe des PSD. Das heißt, nicht die Zuordnung zu einem verfügbaren Leistungsmodul ist der erste Schritt, sondern die Klärung über die globale Übernahme der Versorgungsverantwortlichkeit im Einzelfall. Mit dieser Übernahme erfolgen in weiteren Schritten die Prozesse der individuellen Hilfeplanerstellung und die Sicherung für die Umsetzung der geplanten Hilfen durch den PSD. Aus der Perspektive dieses neuen Modells werden schlussendlich vielmehr die individuellen Komplexleistungsprogramme mit einer dynamisch-flexiblen Bündelung der benötigten - und sich oft wandelnden - Hilfen im Vordergrund stehen und weniger die Teilprogramme selbst.

An zwei neuen Projekten in den PSDs Hollabrunn und Stockerau lässt sich dieser konzeptuelle Unterschied genauer verdeutlichen.

In beiden PSDs wurden im Laufe des Jahres 2002<sup>78</sup> zwei neue Leistungsmodul „psychiatrische Pflege“ und „Psychotherapie“ projektweise erprobt. Beide Angebote sind aus der Sicht des allgemeinen psychiatrischen Versorgungsbedarfs in Niederösterreich dringend notwendig und bislang leider kaum bis gar nicht im Gesamtangebot strukturell verankert.

So gibt es zwar zum einen die von diversen Sozialdiensten angebotene „Hauskrankenpflege“ und „Heimhilfe“ (siehe Kap. B.2.6), aber eine strukturelle Einbindung von psychiatrischen Patienten in dieses Leistungsangebot ist aus Gründen der dafür nötigen Personalkompetenz- und Finanzierungserweiterung noch nicht erfolgt, wäre aber in Hinkunft vorrangig anzustreben. Zum zweiten sind für die psychotherapeutische Versorgung im niedergelassenen Bereich (siehe Kap. B.2.4) noch keine passenden Vereinbarungen mit den

Sozialversicherungsträgern erreicht, was die Inanspruchnahme dieser Spezialleistung für KlientInnen der PSD-Zielgruppe aus finanziellen Gründen (nur ein Teil der anfallenden Kosten wird derzeit von den Sozialversicherungsträgern rückerstattet) erschwert bis verunmöglicht<sup>79</sup>.

Dazu ist aus der Sicht des hier vorgeschlagenen Modells der „zentralen Verantwortlichkeit“ festzuhalten, dass der parallele Aufbau eines eigenen PSD-Spezialangebots hinsichtlich der erwähnten Spezialleistungen überzogen wäre, da es im niedergelassenen psychotherapeutischen Bereich und mit dem Angebot der Hauskrankenpflege ohnehin schon potenzielle Anbieter gibt, deren Zugangsschwelle allerdings für die gegenständliche Zielgruppe entsprechend gebahnt werden müsste.

Aus der Sicht des hier empfohlenen neuen Modells wäre primär nicht eine derartige Erweiterung des „Sortiments“ an PSD-Leistungen mit entsprechenden Zugangs- und Ausschlussmodalitäten anzustreben, substantziell im Mittelpunkt stünde vielmehr die Klärung der Zuständigkeit für die Gesamtverantwortung der in Frage kommenden Klienten durch den PSD. Das heißt, dass es vordergründig nicht um die Frage geht, welchem PSD-Angebot welcher Klient zugeführt werden kann, sondern ob der Klient den Kriterien der definierten Zielgruppe entspricht oder nicht. Gegebenfalls wäre es dann die zentrale Aufgabe des PSD einen umfassenden individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsplan zu erstellen und daran anschließend diesen Plan so optimal wie möglich mittels Einsatz von Eigen- und koordinierten Fremdleistungen umzusetzen.

Dass dabei psychiatrisch-pflegerische Funktionen eine zentrale Stellung einnehmen, liegt an der Charakteristik der hilfebedürftigen Personen der definierten Zielgruppe - geht es ja ausschließlich um jene Personen, die traditionell aufgrund ihrer komplexen psychiatrischen Problematik vorrangig im vollstationären Bereich von Pflegeanstalten versorgt würden, denen zukünftig - gemäß den hier vertretenen Leitlinien der Personen- und Lebensfeldorientierung und mit Hilfen der ambulanten und mobilen PSD-Leistungen und aller verfügbaren professionellen und privaten Hilfen im Lebensumfeld - ein möglichst vollständig integriertes Leben im normalen Sozialgefüge ermöglicht werden sollte.

---

<sup>78</sup> Psychosoziale Zentren GmbH: Jahresbericht 2002 PSD

<sup>79</sup> Seit 1. Juli 2003 gibt es nun durch einen Vertragsabschluss, der in NÖGKK mit zwei Vereinen unter bestimmten Voraussetzungen auch Psychotherapie auf Krankenschein.

In ähnlicher Weise wäre vorzugehen, wenn es aufgrund der individuellen Hilfeplanung durch den zuständigen PSD im Einzelfall sinnvoll erschiene, für die betroffene Person auch ein psychotherapeutisches Angebot mitzuplanen und eventuell auch selbst bereitzustellen, wenn die Inanspruchnahme des örtlich verfügbaren Angebots vorübergehend zu hochschwierig erscheint. Bei allen selbst erbrachten Hilfestellungen sollte in jedem Fall die Zielsetzung wegweisend sein, die Klienten soweit zu befähigen, dass sie schlussendlich auch von der subsidiären Spezialverantwortlichkeit des PSD in die Verantwortlichkeit des niedergelassenen Versorgungsbereichs wechseln können.

### **B.2.3.5 Empfehlungen für die Weiterentwicklung**

Die seit dem Erscheinen des NÖP95 in Kraft getretenen Neuregelungen im niederösterreichischen Gesundheitswesen haben - besonders im Bereich der umfassenden Behandlung und Betreuung von Personen mit langwierigen und komplexen psychischen Beeinträchtigungen - eine Verlagerung vom krankenanstaltenzentrierten hin zum ambulant und komplementär organisierten Versorgungsnetzwerk zur Folge. Mit dieser Verschiebung in der Lokalisation und Organisation der Hilfeerbringung ergibt sich auch beim PSD die Notwendigkeit zu einer Neupositionierung in seinen Aufgabenstellungen und Leistungsangeboten.

Wenn es darum gehen soll, der breiten Vielfalt im aktuellen und sich laufend verändernden Bedarf optimal zu begegnen, dann könnte es bei dieser Neuausrichtung umso notwendiger sein, ein flexibles und anpassungsfähiges Organisationsmodell anzustreben, das ganzheitlich, rechtzeitig und pro-aktiv auf einen sich stetig wachsenden und wandelnden Versorgungsbedarf zu reagieren imstande ist.

Aus diesen Überlegungen heraus könnte im Zuge einer zeitgemäßen Reorganisation dem PSD in seiner Funktion als ganzheitliche Drehscheibe zwischen den traditionell gespaltenen intra- und extramuralen Bereichen eine zentrale, vielfältige und eigenständige Versorgungsfunktion zukommen. Diese hätte sich zukünftig hauptsächlich auf die Sicherung der psychiatrischen Versorgung von Personen mit schwereren psychischen Beeinträchtigungen und einem damit einhergehenden komplexen Unterstützungsbedarf zu konzentrieren.

Der PSD könnte also für diese Zielgruppe - deren Versorgungsschwerpunkt laut ÖKAP/GGP 2001 und der gängigen Fachmeinung nicht mehr in den Spitalsstrukturen angesiedelt sein soll - eine *zentrale Versorgungsverantwortlichkeit* unter struktureller Einbindung aller zusätzlich relevanten Versorger übernehmen.

## Zielgruppe

Zielgruppe für die Betreuung durch den PSD sollten erwachsene einschließlich alter Personen sein, die ihre psychisch bedingten Einschränkungen und Beeinträchtigungen weder selbstständig noch mit dem allgemein verfügbaren Angebot an ambulanten (fach-)ärztlichen und/oder psychotherapeutischen Hilfen und anderen sozialen und privaten Hilfen in ihrem Lebensfeld bewältigen können bzw. wenig oder nicht motiviert sind, diese allgemein verfügbaren Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Dabei benötigen diese Personen neben einer ambulanten und aufsuchenden psychiatrischen Behandlung insbesondere psychosoziale Hilfen in einem oder mehreren ihrer alltäglichen Lebensbereiche, wie sie im Kapitel B.3.1 mit den Bereichen „Selbstversorgung und Wohnen“, „Tagesgestaltung und Kontaktfindung“ bzw. „Arbeit und Ausbildung“ erläutert werden. Neben den direkten Hilfeleistungen in diesen Bereichen nimmt die begleitende Unterstützung bei der Abstimmung und Koordination dieser Hilfen einen ebenso hohen Stellenwert ein.

## Versorgungsaufgabe

Der PSD wird in dem hier empfohlenen Modell als ambulanter und mobiler Basisdienst für die Betreuung von psychisch behinderten Personen im jeweiligen Bezirk betrachtet. Dabei ist zu beachten, dass mehrere Bezirke zu jeweils einer Psychiatrieregion zusammengefasst sind und die entsprechenden Bezirks-PSDs mit dem Regionalen Zentrum für seelische Gesundheit - mit den Komponenten „stationäre Behandlung“, „teilstationäre Behandlung“ und „Notfall“ - kooperieren sollten.

Klienten, die diese Betreuung nicht in ihrem Wohnbezirk in Anspruch nehmen wollen, sollten im Sinne der persönlichen Wahlfreiheit auch Unterstützungsleistungen von PSDs außerhalb ihres Heimatbezirkes konsumieren können, wobei sich diese aus organisatorischen Gründen auf die ambulanten Betreuungsangebote beschränken werden müssen.

Der PSD sollte sich dadurch auszeichnen, dass er nicht nur auf die Kontaktaufnahme der hilfebedürftigen - oft auch wenig oder nicht motivierten - Betroffenen wartet, sondern diese Personen besucht und Kontakt zu ihnen aufbaut, auch wenn er sich dabei vorerst mit Ablehnung konfrontiert sieht. Das Werben sollte demnach nicht nur als Indiz für die Unzugänglichkeit der Patienten interpretiert werden, sondern als Kriterium für die Qualität der erbrachten Dienstleistungen. Die kontinuierliche Unterstützung sollte speziell im Falle des vorübergehend verstärkten Unterstützungsbedarfs auch als verlässliche Krisenbegleitung eine „haltende“ Funktion einnehmen.

Der Psychosoziale Dienst hat aber auch die Verpflichtung, weitere relevante Hilfssysteme einzuschalten, gegebenenfalls auch dem Unterbringungsgesetz entsprechende Maßnahmen. Die verfügbaren Personalressourcen sollten dabei zielgerichtet und synergetisch zusammengeführt werden. Das anzustrebende Ziel für die betreuten Personen sollte dabei immer sein, sie zu befähigen, mit dem verfügbaren niedergelassenen psychiatrischen und sozialmedizinischen Versorgungsangebot das Auslangen zu finden.

In der vorliegenden Evaluation des NÖP95 wird für die PSDs eine grundlegende konzeptuelle Reorganisation vorgeschlagen, im Rahmen derer die PSDs tagsüber an Werktagen in ihren jeweiligen Bezirken auch die flächendeckende telefonische, ambulante und mobile psychiatrische Not- und Krisenversorgung erbringen sollen (siehe dazu Kap. B.1.3 „Krisendienst“). Zielgruppe dieser Maßnahmen sollen in erster Linie jene Personen sein, für die der PSD die Versorgungsverantwortlichkeit übernommen hat, aber auch jene Bewohner des jeweiligen Einzugsgebietes, die einer psychiatrischen Not- und Krisenhilfe bedürfen, ohne zuvor mit dem PSD in regelmäßigem Kontakt gestanden zu haben, falls sie nicht anderweitig im Notfall versorgt werden können (z.B. durch niedergelassenen PsychiaterInnen). Dabei sollten auch Abstimmungen mit den zuständigen RZSGs bzw. den dislozierten Tageskliniken erfolgen.

## Leistungsfunktionen

Im Rahmen der Umsetzungsempfehlungen werden die Kernaufgabenbereiche des PSD beschrieben, wie sie als Ergebnis der vorliegenden Evaluation empfohlen werden können. Diese Beschreibung erfolgt dort deshalb noch etwas detaillierter, weil es sich dabei um die zentralen Hilfeleistungen für eine Personengruppe handelt, die traditionellerweise bisher fast ausschließlich institutionell in psychiatrischen Krankenanstalten oder in vollstationären Heimstrukturen versorgt wurde. Der Wandel hin zu einer weitestgehenden Integration dieser Personen in das soziale Gemeinwesen kann nur dann vonstatten gehen, wenn sich kompetente, ambulant und mobil organisierte Dienste mit ausreichender interdisziplinärer Personalstruktur hauptverantwortlich diesen Aufgaben widmen werden.

Die Verantwortlichkeit dieser Dienste läge im Einzelfall bei der jeweiligen Hilfeplanerstellung und bei der lebensfeldzentrierten Umsetzung dieser individuell abgestimmten Komplexleistungsprogramme, wobei der Kooperation mit allen anderen relevanten Diensten und Einrichtungen eine substantielle Bedeutung zukommen sollte. Im Sinne einer „zentralen Verantwortlichkeit“ für die definierte Zielgruppe beinhaltet das auch die subsidiär-eigenständige Erbringung jener individuell benötigten Leistungen, die aktuell eben nicht durch verfügbare Dienste und Einrichtungen erbracht werden können.

Weil im Zuge der oben skizzierten historischen Entwicklung der PSD in Niederösterreich speziell für Personen mit der angegebenen Bedarfsstruktur eine gewisse flächendeckende Versorgungswirksamkeit erreicht hat, sollte eben auf diese vorhandene Organisationsstruktur bei der hier empfohlenen Weiterentwicklung zurückgegriffen werden.

Dabei sei nochmals erwähnt, dass es sich bei dem hier weiterentwickelten Modell nicht mehr nur um ein der stationären Versorgung ergänzendes - also „komplementäres“ - Modell handeln soll. Vielmehr wird hier ein Modell empfohlen, auf dessen Basis der PSD befähigt werden sollte, aus eigener Kraft und unter Einbindung aller verfügbaren professionellen und privaten Hilfspotenziale den vielfältigen Erfordernissen bei der lebensfeldzentrierten Begleitung von Personen mit komplexen psychischen Beeinträchtigungen entsprechen zu können. Die Zielsetzung sollte dabei die regionale Versorgungsverpflichtung für die festgelegte Zielgruppe sein.

Als ein für die optimale Unterstützung der hier ausgewiesenen Zielgruppe geeignetes Versorgungsmodell bietet sich ein intensives Case-Management („Assertive Community Treatment“) an, bei dem neben der Planung und Koordination aller individuellen Hilfen auch die im Einzelfall nötigen umfassenden und hochfrequenten Unterstützungskontakte im individuellen Lebensfeld der Betroffenen direkt durch ein Bezugsteam übernommen werden.

Dieses hier empfohlene intensive Case-Management ist nicht einfach als „Ergänzung“ zum bisherigen Leistungsangebot zu sehen, sondern vielmehr als ganzheitliches Konzept, bei dem die Gesamtheit an komplexen Leistungen individuell gebündelt und durch ein zuständiges multiprofessionelles Bezugsteam in einer eigenverantwortlichen Weise geplant und zum richtigen Zeitpunkt direkt umgesetzt wird. Für die optimale Umsetzung dieses Konzepts des „intensiven Case-Managements“, in das die bisher angebotenen Leistungen (Information, Clearing, Beratung, Behandlung, Begleitung, Vermittlung, Krisenmanagement, Angehörigenarbeit etc.) eingehen, sind allerdings personelle und infrastrukturelle Erweiterungen zum derzeitigen Angebot erforderlich.

Zusätzlich zu diesem Intensivangebot für die oben definierte Zielgruppe, kann der PSD auch für Patienten tätig werden, die im niedergelassenen Bereich in Behandlung stehen, aber - in Vereinbarung mit den niedergelassenen Therapeuten - als flankierende Ergänzung Hilfen in den Bereichen „Selbstversorgung und Wohnen“, „Tagesgestaltung und Kontaktfindung“ bzw. „Arbeit und Ausbildung“ benötigen.

#### Kontaktaufnahme und Zuweisung

Zuweisungen zum PSD könnten grundsätzlich über alle professionellen (praktische Ärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Beratungsstellen, betreute Wohneinrichtungen, ...) und nicht-professionellen (Eigeninitiative, Bezugspersonen, ...) Wege erfolgen. Unter Berücksichtigung der hier vorgeschlagenen Zweiteilung im PSD-Leistungsformat wären allerdings folgende Zuweisungsmodi zu unterscheiden:

- a. Bei Personen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen und einem erhöhten Komplexleistungsbedarf - die in dem vorliegenden Vorschlag die Kerngruppe für den

PSD darstellen - sind Zuweisungswege über die psychiatrischen Fachabteilungen/-krankenhäuser, die komplementären Wohneinrichtungen und den niedergelassenen Bereich zu erwarten.

- b. Bei Personen, die bereits Hilfen aus dem niedergelassenen Bereich, aus dem Bereich der sozialmedizinischen und sozialen Diensten bzw. aus dem Privatbereich erhalten, kann die ergänzende Inanspruchnahme von PSD-Teilleistungen über Empfehlungen von eben den schon tätigen Diensten erfolgen.

Im Zuge einer individuellen Bedarfsanalyse (Clearing) durch das PSD Team erfolgt dann die Entscheidung, ob die zugewiesene Person potenziell den Kriterien der Zielgruppe entspricht. Das heißt insbesondere, ob sie in ihrem Lebensfeld unter Nutzung der verfügbaren bzw. ihrerseits akzeptierten Hilfen aus dem niedergelassenen Bereich, dem sozialmedizinischen Bereich und dem privaten Bereich zum gegebenen Zeitpunkt ihr Auslangen findet oder nicht. Ist dies der Fall, dann würden sich die PSD-Leistungen auf das Clearing, die Beratung, die Weitervermittlung und gegebenenfalls auf eine Koordinationshilfe beschränken. Die Verantwortlichkeit im Sinne des oben erwähnten intensiven Case-Managements würde in diesen Fällen nicht übernommen werden.

Sollte anderenfalls aber das verfügbare Hilfenetz nicht ausreichen, dann würde die Person - ihre Zustimmung vorausgesetzt und nach Absprache mit der zuweisenden Stelle bzw. den bisherigen behandelnden Diensten und Einrichtungen - in den engeren Kreis der Zielgruppe für die Planung und Umsetzung eines individuellen Komplexleistungsprogramms aufgenommen werden. Essenziell für das optimale Gelingen ist dabei die Zusammenarbeit mit Angehörigen, Freunden, Nachbarn, Personen aus dem beruflichen bzw. tagesstrukturierenden Umfeld und natürlich die Zusammenarbeit mit allen bisher und zukünftig relevanten professionellen Diensten und Einrichtungen.

### B.2.3.6 Umsetzungsempfehlungen

Im Folgenden werden nun die im vorigen Kapitel ausgeführten Empfehlungen zur Weiterentwicklung in detailliertere Empfehlungen für die konkrete Umsetzung übersetzt. Bei der Umsetzungsempfehlung zum Tätigkeitsspektrum wurde deshalb ein verhältnismäßig hoher Detailliertheit gewählt, weil sich dadurch die in dieser Evaluation vorgeschlagene Neukonzeptualisierung des PSD besser veranschaulichen lässt.

#### Tätigkeitsspektrum<sup>80</sup>

Für jene Patienten, für die der PSD subsidiär die zentrale Versorgungsverantwortlichkeit übernehmen sollte, würde diese ambulante psychiatrische Spezialversorgung die psychiatrische Behandlung inklusive die Krisenintervention (tagsüber an Wochentagen) sowie die Hilfeerbringung in den Bereichen „Selbstversorgung und Wohnen“, „Tagesgestaltung und Kontaktfindung“ bzw. „Arbeit und Ausbildung“ (siehe Kap. B.3.1) beinhalten.

Anhand Abbildung 1 kann das gesamte Tätigkeitsspektrum als dynamisches System betrachtet werden. Ausgehend von den Kernleistungen der Unterstützungsplanung und -abstimmung bzw. der Unterstützungssicherung und -koordination können dabei die benötigten Funktionsbereiche und deren Ausprägungen im Einzelfall abgeleitet und zu einem Komplexleistungsprogramm gebündelt werden.

---

<sup>80</sup> Für die folgenden Ausführungen dienen die Modelle der „personenzentrierten Hilfen“ und des „assertive community treatment“ als konzeptuelle Orientierung

Abbildung 1



## Kernleistungen<sup>81</sup>

Damit ist die „zentrale Verantwortlichkeit“ des PSD für die definierte Zielgruppe gemeint. Diese Verantwortlichkeit spiegelt sich den beiden folgenden Kernleistungen wider:

- a. die Erstellung individueller Behandlungs- und Rehabilitationspläne und die laufende fachliche Abstimmung der Hilfeleistungen zwischen allen im Einzelfall beteiligten Hilfebringern im Sinne der Verlaufskontrolle und Anpassung des Vorgehens (*Unterstützungsplanung und -abstimmung*), und
- b. die Sicherung und Koordination der individuell geplanten Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen (*Unterstützungssicherung und -koordination*)

## Funktionsbereiche

Als Ergebnis der individuellen Unterstützungsplanung werden die nötigen Hilfefunktionen gebündelt und in jenen Bereichen auch selbst erfüllt, die nicht durch aktuell verfügbare Dienste und Einrichtungen abgedeckt werden können. Diese Formen direkter Unterstützung lassen sich in die folgenden Funktionsbereiche gliedern:

- c. ambulante psychiatrische Grundversorgung,
- d. Unterstützung im Bereich „Selbstversorgung und Wohnen“,
- e. Unterstützung im Bereich „Tagesgestaltung und Kontaktfindung“ sowie
- f. Unterstützung im Bereich „Arbeit und Ausbildung“ (siehe Kap. B.3.1)

Die Art und die Ausprägung der Hilfebringung sollte dabei vom individuellen Bedarf in den einzelnen Funktionsbereichen determiniert werden. Bei jenen Personen mit psychischen Beeinträchtigungen, die die Zielgruppe der Psychosozialen Dienste ausmachen, sind häufig diskontinuierliche Krankheitsverläufe zu erwarten, was Schwankungen im individuellen Unterstützungsbedarf mit sich bringt und somit eine flexible Gestaltung der Hilfebringung hinsichtlich ihrer Art, ihrer Intensität und ihres zeitlichen Ausmaßes erforderlich macht.

---

<sup>81</sup> Eine detaillierte Darstellung zur Erstellung der individuellen Hilfepläne findet sich im Anhang

## Direkte Unterstützungsleistungen

Die Hilfsfunktionen lassen sich, je nach aktuellem Ausmaß des Hilfebedarfes, in folgenden, abgestuften Unterstützungsleistungen darstellen:

- g. Informations- und Beratungsleistungen
- h. Leistungen zur Erschließung, Erhaltung und Vermittlung von Hilfen
- i. Leistungen zur individuellen Planung, Beobachtung und Rückmeldung
- j. Begleitende und/oder übende Unterstützungsleistungen
- k. Regelmäßige intensive individuelle Unterstützungsangebote
- l. Leistungen des individuellen Notfall- und Krisenmanagements

## Personalerfordernisse

Personell sollte der mit seinem gegenüber jetzt erweiterten Aufgabenspektrum Psychosoziale Dienst mit einem Schlüssel von 260 Wochenstunden pro 50.000 Einwohner ausgestattet sein. Dies entspricht der Minimalforderung der ÖBIG-Empfehlung<sup>82</sup> für den Strukturbereich psychosoziale Dienste, laut der eine optimale personelle Ausstattung bei 13-16 Fachkräften pro 100 000 Einwohner liegt.

Zum Zwecke einer bedarfsgerechten berufsgruppenspezifischen Auffächerung dieses personellen Gesamtkontingents von 260 Wochenstunden wird der folgende Verteilungsvorschlag der Aktion Psychisch Kranke<sup>83</sup> herangezogen:

---

<sup>82</sup> Struktureller Bedarf in der psychiatrischen Versorgung, 1997

<sup>83</sup> Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2001

**Tab. 5 Berufsspezifischer Verteilungsschlüssel für den PSD**

	Ärzte	Psychologen	Pflege- personal	Sozial- arbeiter	Ergo- therapeuten	Sonstige Therapeuten	gesamt
Amb. psychiatr. Grundversorgung	3,50%	1,50%	2,50%	2,00%	0,50%		<b>10%</b>
Spezielle Therapien	0,90%	0,90%	0,15%	0,45%	0,30%	0,30%	<b>3%</b>
Selbstversorgung, Wohnen		1,50%	13,50%	13,50%	1,50%		<b>30%</b>
Tagesgestaltung, Kontaktfindung		1,10%	6,60%	6,60%	6,60%	1,10%	<b>22%</b>
Arbeit, Ausbildung		1,25%	2,50%	10,00%	10,00%	1,25%	<b>25%</b>
Behandlungs- Koordination	0,30%	0,30%	2,10%	2,70%	0,60%		<b>6%</b>
Behandlungs- Planung	1,56%	0,40%	0,80%	1,00%	0,20%	0,04%	<b>4%</b>
<b>Gesamt</b>	<b>6,26%</b>	<b>6,95%</b>	<b>28,15%</b>	<b>36,25%</b>	<b>19,70%</b>	<b>2,69%</b>	<b>100%</b>

Unter Anwendung dieses Verteilungsschlüssels sollte die Gesamtwochenstundenzahl so aufgeteilt werden, dass darin zumindest sieben Personen (6,5 Vollzeitäquivalente) aus den nachfolgend angeführten Berufsgruppen mit einer Wochenstundenzahl innerhalb der angegebenen Bereiche beinhaltet sind<sup>84</sup>:

**Tab. 6 Berufsspezifischer Personalschlüssel für den PSD**

• Facharzt für Psychiatrie bzw. Psychologe	20 – 40	Wochenstunden (34 Std.)
• Dipl. Sozialarbeiter	80 – 100	Wochenstunden (93 Std.)
• Dipl. psychiatr. Gesundheits- und Krankenpflegepersonal	60 – 80	Wochenstunden (73 Std.)
• Sonstiges therapeutisches Personal <sup>85</sup>	50 – 70	Wochenstunden (60 Std.)
<b>Gesamt</b>	<b>260</b>	<b>Wochenstunden</b>

Um die Erfahrungen aus der Vielfalt des psychiatrischen Versorgungsspektrums für die Arbeit im Psychosozialen Dienst optimal nutzbar zu machen, wird hier dringend empfohlen, bei der Teamzusammenstellung danach zu trachten, auf Teilzeitbasis möglichst auch

<sup>84</sup> Dieses Gesamtvolumen bezieht sich auf die Versorgung der definierten Zielgruppe der erwachsenen - inklusive alter - Personen, in dem keine Ressourcen für zusätzliche Spezialkomponenten (Suchtbereich etc.) inbegriffen sind.

<sup>85</sup> Bevorzugt Ergotherapeuten

Mitarbeiter aus dem Regionalen Zentrum für Seelische Gesundheit (Bettenabteilung, Tagesklinik, Krisendienst) und lokale niedergelassene Psychiater zu beschäftigen.

Für eine konkrete Festlegung der regionalen bzw. lokalen Personalerfordernisse sind zusätzlich Vernetzungsaufgaben im Rahmen einer zukünftig - speziell für eine optimale Versorgung der definierten Personengruppe mit komplexem und fluktuierendem psychiatrischen Hilfebedarf - immer zwingender werdenden integrierten Verbundlösung aller relevanten regionalen Versorger zu berücksichtigen. Je mehr solche Verbundsysteme in ihrer praktischen Umsetzung fortschreiten, umso höher wird auch der Organisations- und Koordinationsbedarf unter den beteiligten Diensten und Einrichtungen und damit auch der notwendige Personalbedarf. Diese Entwicklung wurde bei den oben empfohlenen Personalerfordernissen mitberücksichtigt.

### Organisationsmodell

Das Modell des „Assertive Community Treatment“ (ACT)<sup>86</sup> bietet sich als Organisationsmodell für die oben genannten Betreuungsaufgaben des PSD an. Diese Form des intensiven Case-Managements geht über die traditionellen Vernetzungs- und Koordinationsaufgaben hinaus und bietet spezielle Unterstützung im Lebensfeld für Klienten mit schweren psychischen Beeinträchtigungen an. Dabei nimmt das Halten von regelmäßigen und hochfrequenten Kontakten die zentrale Stellung im Tätigkeitsspektrum ein, und zwar auch dann, wenn die hilfebedürftigen Personen von sich aus die angebotenen Dienste zeitweilig nicht aufsuchen wollen bzw. können. Damit ist die Voraussetzung für die Umsetzung effektiver Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen gegeben und zusätzlich die Möglichkeit zum Monitoring der Entwicklungen und Verläufe des individuellen klinischen Zustandsbilds, der persönlichen Ressourcen, der beeinflussenden Umgebungsvariablen und des individuellen Unterstützungsbedarfs.

Laut verfügbarer Übersichtsarbeiten zu diesem Thema profitieren von dieser intensivierten Form des Case-Managements besonders jene psychisch erkrankte Personen, bei denen die Intensität ihrer psychischen Behinderung fluktuiert, und die hinsichtlich ihrer verordneten Behandlung nur geringe Zuverlässigkeit aufbringen können, nur wenig motiviert sind,

---

<sup>86</sup> Leonard I. Stein & Alberto B. Santos: Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness. W.W. Norton & Company. Inc., New York 1998

ambulante Dienste aufzusuchen und oft - eben aufgrund des bestehenden Mangels effektiver mobiler Dienste - Rückfälle mit erheblichen Konsequenzen erleiden müssen. Die praktische Unterstützung im Alltagsleben (siehe B.3.1) hat innerhalb dieses breitgefächerten Komplexleistungsprogramms Priorität, und die Patienten müssen wegen dieser breiten Auffächerung der Erfordernisse von einem multiprofessionellen Team statt von einer Einzelperson betreut werden.

Im jeweiligen Versorgungssektor sollte der PSD die Aufgabe übernehmen, integrierte Hilfepläne in einer vertraglich verpflichtenden Form für Personen, die zur Zielgruppe gehören, zu erstellen und umzusetzen. Dabei sind alle passenden Hilfeangebote auf Sektorebene zu nutzen und in einer effektiven Weise zur Zielerreichung zu bündeln. Sollte ein optimales Komplexleistungsprogramm mit den verfügbaren Ressourcen im Sektor nicht gelingen, dann wird - gemeinsam mit allen anderen Sektor-PSDs und allen anderen Leistungserbringern sowie relevanten Interessensvertretern der Region - in einer Regionalkonferenz über die Nutzung der Angebote der gesamten Region entschieden (siehe Kap. D.1).

Aufgrund der hier empfohlenen zunehmenden Verlagerung der Leistungserbringung von den ambulanten Dienststellen in das jeweilige Lebensfeld der Betroffenen sind der Aufbau einer geeigneten Transportlogistik und der systematische Einsatz entsprechender mobiler Kommunikationstechnologien eine zentrale Voraussetzung für einen verzögerungsfreien Ablauf und eine personenzentrierte Leistungsdokumentation. Auch wäre die Infrastruktur der bestehenden PSD-Stellen hinsichtlich ihrer Eignung als Ausgangspunkt für mobile Einsätze zu überprüfen und nötigenfalls - zwecks besserer Erreichbarkeit des jeweils zuständigen Versorgungsgebiets - durch kleinere Stützpunkte zu ergänzen. Im Rahmen einer zielgerichteten Umsetzungsplanung wäre noch zu prüfen, welche dienst- und besoldungsrechtlichen Anpassungen auf Personalseite vorzunehmen wären und welche neu hinzukommenden Investitions- und laufenden Transportkosten im Zuge einer solchen personellen Ressourcenverlagerung zu erwarten wären. Der Nutzen einer derartigen Kostenverlagerung bzw. -erweiterung müsste schlussendlich im Zuge einer Kosten-Effektivitäts-Analyse evaluiert werden, wobei hier ein nachhaltiger psychischer Stabilisierungseffekt auf Seiten der Klienten und damit eine Gesamtreduktion in der Inanspruchnahme der teureren stationären Versorgungsleistungen erwartet wird.

Verfügbarkeit („Dienstleistungszeiten“)

Die Kernarbeitszeit mit den ambulanten Öffnungszeiten an den PSD-Stützpunkten und den mobilen Einsatzzeiten zur Unterstützung im Lebensfeld sollten sich an den normalen Arbeitsstunden tagsüber zwischen Montag und Freitag orientieren. In diese Zeiten fallen auch alle indirekten Versorgungstätigkeiten wie Diensterteilung, interne und externe Vernetzungs- und Koordinationstätigkeit, Dokumentation etc.

**INDIVIDUELL GEPLANTE UNTERSTÜTZUNGSLEISTUNGEN, DIE DER STABILISIERUNG DES KLIENTEN IN SEINEM LEBENSFELD DIENEN UND NICHT VON ANDEREN PROFESSIONELLEN ODER PRIVATEN PERSONEN ABGEDECKT WERDEN, SOLLTEN SICH BEI BEDARF ÜBER DIE KERNARBEITSZEIT HINAUS ERSTRECKEN. FÜR KURZFRISTIG AUFTRETENDE KRISEN ODER NOTFÄLLE AUßERHALB DER REGULÄREN ÖFFNUNGSZEITEN DES PSD SOLLTE JEDOCH IN DER REGEL DER KRISENDIENST DES REGIONALEN ZENTRUM FÜR SEELISCHE GESUNDHEIT ZUSTÄNDIG SEIN.**

Lokalisation („Standorte“)

Die diesbezügliche Empfehlung im NÖP95, in jedem Bezirk/Sektor sollte ein psychosozialer Dienst vorhanden sein, ist mittlerweile erfüllt. Die unterschiedliche Ausprägung in den Einwohnerzahlen der jeweiligen Bezirke schlägt sich, auf der Basis des empfohlenen Personalschlüssels, in unterschiedlich großen Mitarbeiterzahlen nieder, was sich wiederum auf die räumlichen Dimensionen der Stützpunkte auswirkt. Deshalb wäre es gerade in den Bezirken mit deutlich mehr als 50.000 EW aus organisatorischen Gründen und aus Gründen der besseren Erreichbarkeit empfehlenswert, einen zweiten Stützpunkt anzustreben, der als Zweigstelle fungieren könnte. Besonders durch die in Zukunft zu erwartende Verstärkung der mobilen Tätigkeit stellen derartige Zweigstellen, die mit den regionalen Hauptstützpunkten fachlich, personell, organisatorisch und in der Finanzierung zusammenhängen, vermutlich eine arbeitsökonomische und transportlogistische Optimierung für das tätige Personal, wie auch für die zu versorgende Klientel dar.

Die in dieser Evaluation erfolgte Neuverteilung der politischen Bezirke in sieben Psychiatrieregionen in Niederösterreich weicht nun von den in den bestehenden Vereinbarungen des Landes mit den PSD-Trägern festgelegten Versorgungsregionen in einigen Punkten ab. Die bestehenden Vereinbarungen sehen eine verpflichtende Angleichung an Änderungen der Versorgungsregionen durch die vorliegende Evaluation des NÖP95 vor. Dabei ergeben sich nicht nur neue Zusammenfassungen der jetzt schon unter der Caritas St. Pölten und der PSZ GmbH, als den beiden Trägern der PSDs, aufgeteilten Bezirke, sondern auch Änderungen in der jeweiligen Zuständigkeit. So sind auf der Basis der hier neu empfohlenen sieben psychiatrischen Versorgungsregionen (siehe Kap. A.3.1) innerhalb der Psychiatrieregion „NÖ Mitte Nord“ Bezirke<sup>87</sup> neu zusammengefasst, die sich nach der derzeitigen Regionsaufteilung auf beide Träger aufteilen<sup>88</sup>. Zur Vermeidung von Schnittstellenproblemen erscheint deshalb zukünftig eine besondere Koordinationspraxis zwischen den beiden derzeitigen Anbietern von PSDs in NÖ notwendig. Durch die schon praktizierte konzeptuelle und operative Abstimmung zwischen den beiden Trägern wurden in der Vergangenheit schon maßgebliche Optimierungsschritte gesetzt. Eine Ausweitung dieses Verbundsystems durch Miteinbindung anderer relevanter Versorger im komplementären Bereich könnte zu weiteren Qualitätsverbesserungen im Gesamtangebot führen (siehe Kap. D.1).

---

<sup>87</sup> „Tulln“, „Krems“ und die Teilbezirke „WU Purkersdorf“ und „WU Klosterneuburg“

<sup>88</sup> „Krems“ wird derzeit von der Caritas St.Pölten versorgt; „Tulln“, WU Purkersdorf, WU Klosterneuburg von der PSZ GmbH

## Neue Versorgungsaufgaben für den PSD

Bei der Beschreibung der „Zielgruppe“ wurde bereits auf die derzeit praktizierte konzeptuelle Eingrenzung der PSD-Zielgruppe hingewiesen. Epidemiologische Daten weisen hingegen einen wachsenden Versorgungsbedarf bei zusätzlich relevanten psychiatrischen Versorgungsgruppen aus. Im Folgenden werden deshalb Versorgungsmöglichkeiten für die schon vorgeschlagene gerontopsychiatrische Patientengruppe beschrieben. Im Anschluss daran werden zwei weitere Patientengruppen skizziert, für die ebenfalls ein umfassendes ambulantes und mobiles psychosoziales Unterstützungsangebot notwendig erscheint. Der oben empfohlene Personalschlüssel inkludiert bereits die gerontopsychiatrischen Aufgaben, nicht aber die kinder- und jugendpsychiatrischen sowie spezifische Aufgaben (z.B. Abhängigkeitserkrankungen).

### Gerontopsychiatrische Aufgabenerweiterung

Gerade innerhalb dieser Zielgruppe der alten und hochbetagten Menschen, die im bisherigen PSD-Konzept<sup>89</sup> der Träger explizit ausgeschlossen wurde, steht die Multimorbidität durch hinzukommende somatische Erkrankungen im Vordergrund. Dies erfordert umso mehr ein vielfältiges, auf verschiedenste Krankheitskombinationen und -grade abgestimmtes Angebot. Eine wesentliche Komponente der Angebotspalette sollte ein multidisziplinär organisiertes und möglichst im Lebensfeld stattfindendes Assessment sein<sup>90</sup>.

Beim ganzheitlich stattfindenden Patienten-Management ist eine enge Kooperation mit allen relevanten Personen im sozialen Versorgungsumfeld - aber hauptsächlich mit den Ärzten für Allgemeinmedizin - herzustellen.

Der Wechsel aus ihrer gewohnten Umgebung stellt für alte Menschen eine hohe Belastung bzw. eine oft unüberwindbare Aufgabe dar und führt häufig zu einer kontextbedingten Verschlechterung ihres Allgemeinzustands. Die Dienste sollten deshalb niederschwellig und barrierefrei in Anspruch genommen werden können und sich flexibel an den individuellen

---

<sup>89</sup> Arbeitsgemeinschaft PSD Ost-West: Psycho-sozialer Dienst Niederösterreich Konzept Juli 1998

<sup>90</sup> Vorübergehende tagesklinische Aufenthalte können aber aus Gründen der diagnostisch besseren Abklärung je nach Problemlage und Schweregrad notwendig sein, u.U. auch stationäre Aufenthalte, jedoch sollte die Tendenz zum Verbleiben im Lebensfeld im Vordergrund stehen.

Bedarf im Lebensfeld anpassen.

Als mögliche Organisationsalternativen für diese Erweiterung des PSD-Aufgabenspektrums würden sich grundsätzlich die Integration in den allgemeinen PSD oder die zusätzliche Schaffung eines spezialisierten Departments für gerontopsychiatrische Versorgung anbieten.

Suchtspezifische Aufgabenerweiterung (siehe auch Kap. C.2)

Epidemiologische Daten weisen darauf hin, dass ein immer größerer Teil an Personen mit psychischen Beeinträchtigungen auch an Abhängigkeitsproblemen leidet und in der Versorgungslandschaft „*die vergessene Mehrheit*“<sup>91</sup> darstellt. An der Schnittstelle zwischen dem psychosozialen Dienst und dem Suchtberatungsstellen ergibt sich daher ein erhöhter Planungs- und Kooperationsbedarf. In jedem Fall sollte der PSD die nötige Kompetenz erwerben, um auch Abhängigkeitsproblemen bei seiner Klientel begegnen zu können. Besonders durch die hier empfohlene Neuausrichtung des PSD hin zu aufsuchend-mobilen Unterstützungsleistungen im Lebensfeld der Betroffenen, könnte die (Mit-)Versorgung von Personen mit Abhängigkeitserkrankungen eine immer bedeutsamere Stellung einnehmen. Dieser Notwendigkeit könnte einerseits durch eine interne Spezialisierung, z.B. in Form eines PSD-Departements für Personen mit Abhängigkeitserkrankungen, andererseits durch eine enge Kooperation und eine abgestimmte Zuweisungspraxis zwischen PSDs und Suchtberatungsstellen konzeptuell entsprochen werden.

Derzeit werden 13 Suchtberatungsstellen in Trägerschaft der NÖ Sanitätsdirektion – Abteilung Gesundheitswesen betrieben. Zusätzliche Verträge bestehen mit 2 Drogenberatungsstellen des Anton-Proksch-Instituts, 5 Drogenberatungsstellen der Caritas St. Pölten und 3 Jugendzentren. Der Verein „Zentrum für Beratung und Kommunikation“ bietet weiters in 13 Beratungsstellen Suchtberatung bei diversen Abhängigkeiten an.

Für den Bereich Alkohol werden von der NÖ Landesabteilung Gesundheitswesen keine Mittel aufgewendet. Förderungsgeber sind AMS, NÖGUS-Soziales und andere. Derzeit gibt es

---

<sup>91</sup> Günther Wienberg, Martin Driessen (Hg.): Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Bonn: Psychiatrie - Verlag, 2001.

2 Beratungsstellen vom Anton-Proksch-Institut und die Beratung durch die 11 PSDs der Caritas St. Pölten.

Im NÖ Suchtumsetzungsplan 2002 wird empfohlen, dass pro Bezirk nur mehr eine Suchtberatungsstelle vom Land NÖ gefördert werden soll. Bei Bedarf sollen die von unterschiedlichen Trägern betriebenen Beratungsstellen bestehen bleiben und das Angebot abrunden. Als geeigneter Träger für das westliche Niederösterreich wird die Caritas St. Pölten bevorzugt, als Träger für das östliche Niederösterreich das Anton-Proksch-Institut. Als geforderte Personalausstattung werden jeweils zwei Sozialarbeiter, ein Arzt und ein Psychotherapeut ausgewiesen.

Laut Umsetzungsempfehlung zum NÖ Suchtplan sollen in allen Psychiatrieregionen regionale Koordinationsstellen geschaffen werden (räumlich und inhaltlich), die eng mit dem PSD verknüpft sein und beim Ausbauplan der PSD bereits mittelfristig berücksichtigt werden sollen. Sie sollen täglich geöffnet sein und Betroffenen, Angehörigen, Ärzten, Sicherheitsbehörden etc. zur Verfügung stehen.

Kinder- und jugendpsychiatrische Aufgabenerweiterung (siehe auch Kap. C.1)

Bei psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen ist der Sachverhalt ähnlich wie bei den vorangegangenen Populationen. Das Angebot der niedergelassenen Kinder- und Jugendneuropsychiater und der Beratungsstellen der Jugendwohlfahrt reicht oft nicht aus, um Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen und Störungen jene Komplexität und Intensität an therapeutischen Interventionen anbieten zu können, die sie benötigen. Oft sind die Eltern, Bezugspersonen und die Kinder und Jugendlichen selbst überfordert, die richtigen Schritte für eine optimale Hilfestellung zu setzen.

Eine stationäre Therapie stellt besonders bei Kindern und Jugendlichen, durch die damit einhergehende Entfernung aus dem gewohnten sozialen Milieu, einen zusätzlichen Belastungsfaktor dar, auch wenn dieses Milieu mitunter die Gesundheitsentwicklung behindert. Um für diese Zielgruppe ein ganzheitlich integriertes Unterstützungsangebot machen zu können, würde sich eine schrittweise Kompetenzerweiterung des PSD - in Kooperation mit dem Jugendwohlfahrtssystem und den Diensten und Einrichtungen des

Gesundheits- und Sozialwesens, hier auch insbesondere im Versorgungsbereich der Abhängigkeitserkrankungen - anbieten.

### **Neue Koordinationsaufgaben im Rahmen eines zukünftigen regionalen psychosozialen Verbunds**

Wie schon bei der Beschreibung der definierten Zielgruppe und der daraus abgeleiteten Leistungserfordernisse deutlich gemacht wurde, sollte der PSD für eben diese hilfebedürftigen Personen subsidiär zum niedergelassenen Bereich eine ganzheitliche Versorgungsverantwortlichkeit übernehmen.

Die zentrale Verantwortlichkeit für die Erstellung der individuellen Behandlungs- und Rehabilitations-Pläne sowie die Umsetzung und Koordination der im Einzelfall zu erbringenden Leistungen liegt beim PSD. Bei der Ermittlung und Planung von Hilfen ist einerseits die Nutzung von Unterstützungsmöglichkeiten im Umfeld sowie von Diensten der Allgemeinversorgung gegenüber der Nutzung speziell psychiatrischer Hilfen vorrangig, und andererseits die Erbringung von psychiatrischen Hilfen durch die vorhandenen Angebotsstrukturen im niedergelassenen Bereich gegenüber dem PSD vorrangig. Nicht zuletzt ist natürlich die kontinuierliche Einbindung der Betroffenen selbst für eine optimale Hilfeplanung unverzichtbar.

Der PSD erfüllt somit einerseits Funktionen auf der Klientenebene und andererseits auf der regionalen Institutionenebene. Diese Zwei-Ebenen-Funktionsweise kann wie folgt verstanden werden (siehe dazu auch Kap. D.1):

#### **a. Klienten-Ebene**

Durchführung von Fall- und Hilfeplanungskonferenzen jene Klienten betreffend, die zur eigentlichen Kerngruppe gehören und mit den verfügbaren Angeboten aus dem niedergelassenen Bereich und dem Bereich der sozialen Dienste und Einrichtungen auf Sektorebene nicht ausreichend bedarfsgerecht versorgt werden können.

Gründe hierfür können sein:

- Allgemeiner Mangel an Diensten und Einrichtungen im Sektor
- Bedarf an besonders intensiven und/oder spezifischen Hilfen
- Lebensfeld (Wohnort, Arbeitsplatz, ...) ist an Sektorgrenze bzw. erstreckt sich über mehr als einen Sektor
- Angestrebter bzw. erfolgter Wechsel des Lebensfeldes (insbesondere auch bei Deinstitutionalisierungsmaßnahmen)

Im Rahmen der Konferenzen sollten - unter laufender Einbindung der Betroffenen - die individuellen Behandlungs- und Rehabilitationspläne abgestimmt, Zuständigkeiten für die Hilfeerbringung unter den professionellen Diensten und Einrichtungen abgeklärt und Ziel- und Kooperationsvereinbarungen getroffen werden. Diese Vorgangsweise kann als wesentlicher Schritt zu einer *integrierten Versorgung* für die definierte Zielgruppe betrachtet werden, der in weiterer Folge zu individuell abgestimmten Versorgungsverbindlichkeiten unter allen relevanten Gesundheits- und Sozialdiensten sowie psychiatrischen Spezialdiensten in der Region führen könnte (siehe Kap. D.1).

#### b. Institutionenebene

Zu den Aufgaben zählen Aufbereitung, Analyse und Austausch der aggregierten Klienten- und Leistungsdaten aus den PSDs. Diese umfassen neben anamnestischen Daten die oben aufgelisteten Module der integrierten Behandlungs- und Rehabilitationspläne, Leistungsdokumentationen sowie Analysen und Bewertungen des vorhandenen psychiatrischen Hilfesystems, einschließlich der Bewertungen durch die Klienten.

Ziel dieser Maßnahmen ist - unter struktureller Einbindung der Betroffenen und deren Angehöriger - die laufende Abstimmung des regionalen Bedarfes mit den vorhandenen Versorgungsstrukturen und somit die Erarbeitung von Grundlagen für

- PSD-interne, qualitätsverbessernde Maßnahmen,
- die Kontrolle, Steuerung und Qualitätssicherung der PSDs durch übergeordnete Steuergremien, die möglichst trialogisch besetzt sein sollten,
- die Initiierung, Realisierung und Modifizierung von Diensten und Einrichtungen
- die zuständigen Psychiatrieplanungs- und -koordinationsstellen,

- bedarfsgerechte und passgenaue Platzierungen von Klienten in der Region (schrittweise unter Einbeziehung aller regionalen Dienste).

## **Schnittstellen zu anderen Diensten und Versorgungsbereiche**

### Schnittstelle „Zuweisung“

Zuweisungen zum PSD können grundsätzlich über alle professionellen (praktische Ärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten, Psychologen, Krankenhäuser, Heime, Beratungsstellen, Sozialstationen, betreute Wohneinrichtungen, ...) und nicht-professionellen (Eigeninitiative, Bezugspersonen, ...) Wege erfolgen. Im Zuge einer individuellen Bedarfsanalyse durch das PSD-Team erfolgt eine Entscheidung, ob die zugewiesene Person potenziell den Kriterien der Zielgruppe entspricht. Sollte das zutreffen, dann wäre die Zuständigkeit des PSD für die zu betreuende Person gegeben, und es sollten die nötigen Schritte für eine individuelle Behandlungs-/Rehabilitations-Planung gesetzt werden. Anderenfalls würde sich das Leistungsangebot auf ein Clearing und eine individuelle Beratung beschränken, woran sich schlussendlich eine Weitervermittlung zu geeigneten Behandlungs- und Unterstützungsdispositionen knüpfen können („klassische“ PSD-Aufgaben).

Zuweisungen vom PSD zu anderen Leistungserbringern hängen vom individuellen Bedarf ab. Die individuellen Unterstützungsleistungen für die eigentliche Kernversorgungsgruppe werden zwar vom PSD koordiniert, aber nur in jenen Bereichen vom PSD selbst erbracht, die durch sonstige in der Region vorhandene Dienste nicht bzw. nicht ausreichend abgedeckt werden können.

### Schnittstelle „Maßnahmenvollzug - §21 StGB“

Eine Besonderheit in der psychiatrischen Versorgung stellt der Maßnahmenvollzug für § 21-Patienten<sup>92</sup> dar, die laut Gesetz leider noch immer mit der diskriminierenden Bezeichnung „geistig abnorme Rechtsbrecher“ belegt werden. Die Versorgung dieser speziellen

---

<sup>92</sup> § 21 StGB unterscheidet u.a. zurechnungsunfähige (§ 21/1) und zurechnungsfähige geistig abnorme Rechtsbrecher. Bei § 21/1 handelt es sich diagnostisch im Wesentlichen um psychotische Erkrankungen, bei § 21/2 um Persönlichkeitsstörungen, die beide jeweils eigener Behandlungsstrategien bedürfen.

Patientenpopulation obliegt der Zuständigkeit des Bundesministeriums für Justiz und ist deshalb kein expliziter Gegenstand der vorliegenden Evaluation. Abgesehen von der Tatsache, dass es bei diesen Personen im Zuge einer psychiatrischen Erkrankung zu einer strafbaren Handlung kam, die eine Einweisung in eine „Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher“ zur Folge hatte, unterscheidet sich die prinzipielle Vorgangsweise bei der individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsplanung nur wenig von der oben geschilderten für die PSD-Zielgruppe.

In Niederösterreich nutzt das Justizministerium abgesehen von einer eigenen Justizanstalt für zurechnungsunfähige, geistig abnorme Rechtsbrecher in Göllersdorf auch die Möglichkeit des Maßnahmenvollzugs in den beiden Landesnervenkliniken Ostarrichiklinikum Amstetten und Donauklinikum-Gugging. Zur Entlassungsvorbereitung bzw. für weitere Betreuungsmaßnahmen nach der Entlassung aus der Maßnahme könnte deshalb grundsätzlich auch auf das Angebot aus den psychosozialen Versorgungsbereichen „Selbstversorgung und Wohnen“, „Tagesgestaltung und Kontaktfindung“ bzw. „Arbeit und Ausbildung“ sowie das Versorgungsangebot des PSD zurückgegriffen werden. Letzteres speziell dann, wenn es sich im individuellen Fall um die Notwendigkeit einer komplexen psychosozialen Betreuung bei einem fluktuierenden Hilfebedarf handelt. Zu überlegen wäre deshalb insbesondere, inwieweit der PSD mit seiner Drehscheibenfunktion in diesen drei Versorgungsbereichen nicht auch schon während der Maßnahme spezifische Entlassungs- bzw. Reintegrationsaufgaben übernehmen könnte, die dann nach der Entlassung aus der Maßnahme eine nahtlose Fortsetzung finden könnten. Die Finanzierung dieser Leistungen sollte vom Bundesministerium für Justiz übernommen werden.

#### Abgrenzung bzw. Aufgabenüberschneidung zur Sachwalterschaft

Die Leistungen der Sachwalterschaft sind bescheidmäßige Personenleistungen und dadurch rechtlich für die Betroffenen einklagbar. Das ist bei den PSD-Leistungen nicht der Fall; hier erfolgt keine bescheidmäßige Zuordnung, sondern eine pauschale Subventionierung durch das Land Niederösterreich, die an Richtlinien hinsichtlich der Erfordernisse der Leistungserbringung durch den Träger gebunden sind. Lt. NÖ SHG fallen diese Leistungen in die Kategorie „persönliche Hilfe“.

Laut gesetzlicher Regelung sind Sachwalter neben dem rechtlichen Beistand auch für die Sicherstellung der medizinischen und sozialen Dienstleistungen für ihre Klienten verpflichtet, was der klassischen Broker-Form eines Case-Managements entspricht.

Von der Zielgruppendefinition aus betrachtet gibt es zwischen PSD und Sachwalterschaft eine weitgehende Überschneidung.

## **Modellprojekte**

Die hier empfohlene neue PSD-Konzeptualisierung mit der zentralen Versorgungsverantwortlichkeit für die Zielgruppe der erwachsenen - einschließlich alter - Menschen mit komplexen, psychosozialen Hilfebedarf bedeutet eine Restrukturierung der vorhandenen und eine Erweiterung mit zusätzlichen Versorgungsressourcen.

Eine probate Vorgangsweise zur Prüfung der Machbarkeit und Effektivität dieses Versorgungskonzepts wäre die Durchführung von diesbezüglichen Modellprojekten in einer oder mehreren der hier festgelegten psychiatrischen Versorgungsregionen bzw. -bezirke. Bei der Projektplanung sollten versorgungsrelevante Aspekte der Regionen bzw. Bezirke, wie geografische, demografische, sozialepidemiologische und gemeindepsychiatrische Aspekte Berücksichtigung finden. Mit einer gleichlaufenden Durchführung von zwei Modellprojekten in einer z.B. eher ländlich strukturierten vs. einer eher urban strukturierten Region könnten in einer evaluierten Weise Kosten-Effektivitätsanalysen angestellt werden, die unter Berücksichtigung der spezifisch ausgeprägten regionalen Gegebenheiten die Grundlage für weitere Umsetzungsschritte liefern könnten. Dabei wäre die Auswahl entweder von zwei kompletten Regionen oder aber auch von zwei bzw. mehreren Bezirken denkbar.

Folgende Vorgangsweise könnte u.a. für die Projektplanung und -durchführung gewählt werden:

- Berücksichtigung aller relevanten Dienste und Einrichtungen in den ausgewählten Regionen bzw. Bezirken, wie sie in der vorliegenden Evaluation berichtet werden und sich gegebenenfalls bis zum konkreten Projektzeitraum weiterentwickelt haben
- Berücksichtigung der verfügbaren personellen Ressourcen in diesen Regionen bzw. Bezirken sowohl aus den PSDs als auch aus den anderen Diensten und Einrichtungen

- Personalerweiterung in der hier vorgeschlagenen Weise unter Einbeziehung möglicher vorhandener Personalressourcen aus den bestehenden Diensten und Einrichtungen
- Beauftragung dieses so erweiterten PSDs mit der zentralen Versorgungsverantwortlichkeit für die definierte Zielgruppe
- Konkretisierung der Zielgruppe anhand systematischer Hilfeplanungen und Dokumentationen
- Ziel- und Kooperationsvereinbarung mit allen relevanten Diensten und Einrichtungen der Regionen bzw. Bezirke zur umfassenden Versorgung der Zielgruppe
- Erstellung und Einsatz von geeigneten Evaluationsinstrumenten aus der aggregierten Hilfeplandokumentation auf der Einzelfallebene

### **Geschlechtsspezifische Aspekte**

Aus den oben beschriebenen Empfehlungen geht hervor, dass die im Einzelfall zu erbringenden psychosozialen Unterstützungsleistungen in ihrer Art und ihrem Umfang dem wechselnden Bedarf einer Person angepasst werden sollen. Dieser individuelle Bedarf ist demnach nicht als eine statische Größe zu verstehen, sondern er ist vielmehr abhängig von individuellen Veränderungen und Entwicklungen und ihrer Wechselwirkung mit biografischen und sozialen Kontexten. Unter anderem müssen daher auch die Einflüsse geschlechtsspezifischer Sozialisationsbedingungen und Rollenzuordnungen auf die Lebenssituation und die Pathogenese der Betroffenen im Prozess der individuellen Behandlungsplanung und -umsetzung größtmögliche Berücksichtigung finden. Ein zentraler Themenbereich ist dabei die erlebte Traumatisierung vieler, insbesondere weiblicher Betroffener, durch Gewalt- und Missbrauchserfahrungen. Die gendergerechte psychosoziale Behandlung und Unterstützung - insbesondere von Personen mit Traumatisierungserfahrungen - erfordert von den Mitarbeitern der Psychosozialen Dienste spezifische Kenntnisse und Kompetenzen, die durch Personalentwicklungsmaßnahmen (Fort- und Weiterbildung, Supervision, Teamsitzungen, Fallkonferenzen, etc.) erworben und laufend optimiert werden sollten.

Neben der Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Einflüsse auf die individuelle Lebens- und Krankheitsgeschichte in Diagnostik und Therapie, kann die Vernetzung und Kooperation der Psychosozialen Dienste mit Behörden, Einrichtungen und Diensten einen wesentlichen Beitrag für eine gendergerechte psychosoziale Versorgung leisten. Von den

Kooperationsmöglichkeiten auf der strukturellen und individuellen Ebene, die nicht zuletzt vom regionalen Angebot abhängig sind, sollen im Folgenden einige beispielhaft erwähnt werden:

- Die Vernetzung und der regelmäßige Austausch mit frauen- bzw. männerspezifischen Einrichtungen und Diensten in der Region (Frauen-, Männer-, Ehe-, Familienberatungsstellen, etc.) könnten nicht nur zu einer Erweiterung des spezifischen Know-Hows der Mitarbeiter der Psychosozialen Dienste, sondern auch zu Kooperationen auf der Projekt- und Einzelfallebene beitragen.
- Durch die Kooperation mit Jugendämtern könnten gemeinsame, die Wünsche und Interessen von Elternteilen mit psychischen Beeinträchtigungen vermehrt berücksichtigenden, Lösungen in Sorgerechtsfragen angestrebt werden.
- Die Vernetzung mit Beratungsstellen für Migranten eröffnet Möglichkeiten, geschlechtsspezifische Aspekte unter Berücksichtigung der Herkunft in der individuellen Unterstützungsplanung und –umsetzung vermehrt zu integrieren.
- Im Falle des Vorliegens von sexuellem Missbrauch und/oder körperlicher bzw. seelischer Misshandlung im Lebensfeld der Klienten, deren Opfer zumeist Frauen und/oder Kinder sind, ist die Kooperation der Psychosozialen Dienste mit Ämtern, Behörden und anderen Einrichtungen (Frauenberatungsstellen, Frauenhäuser<sup>93</sup>, Kinderschutzzentren, etc.) notwendig. Entsprechende Vernetzungsstrukturen sollten rechtzeitig aufgebaut werden, um im Bedarfsfall verfügbar zu sein.

Hinsichtlich der Organisations- und Angebotsstruktur im ambulanten Versorgungsbereich der Psychosozialen Dienste, d.h. in den Beratungsstellen, ist für eine adäquate räumliche Ausstattung zu sorgen. Es sollten getrennte Sanitärbereiche für Männer und Frauen zur Verfügung stehen, eine geeignete Ausstattung (Spielecke im Wartebereich, Wickelgelegenheit, Rückzugsnische für stillende Mütter, etc.) sollte es den Klienten mit Kindern ermöglichen, diese in die Beratungsstelle mitzunehmen.

Therapeutische Gruppenangebote sollten spezifische Programme für Männer und Frauen umfassen, im Bereich der über die Beratungsstellen angebotenen Selbsthilfeaktivitäten sollte die Umsetzung geschlechtsspezifischer Angebote ermutigt, unterstützt und gefördert werden.

---

<sup>93</sup> In NÖ existieren gegenwärtig sechs Frauenhäuser und zehn Frauenberatungsstellen.

Durch eine Ausgewogenheit von männlichen und weiblichen Mitarbeitern sollte für die Klienten eine geschlechtsdifferenzierte Wahlmöglichkeit zwischen Unterstützungspersonen gewährleistet werden können.

Kernaspekte geschlechtsspezifischer Arbeitsweisen in der aufsuchenden Tätigkeit der Psychosozialen Dienste, d.h. der mobilen Unterstützungserbringung im Lebensfeld, werden in Kapitel B.3 dargestellt.

## **Teil B**

### **Kapitel 2.4**

# **Niedergelassene PsychotherapeutInnen und PsychologInnen**

## PsychotherapeutInnen

Seit 1990 gibt es in Österreich den Beruf des „Psychotherapeuten“ (Psychotherapiegesetz) und die Berufe des „klinischen Psychologen und des Gesundheitspsychologen“ (Psychologengesetz). Im folgenden werden die Berufsbilder, die Ausbildung, die Entwicklung und der Stand in Niederösterreich beschrieben. Zu einem beträchtlichen Teil verfügen diese Personen über Mehrfachzugehörigkeit zu diesen Berufsgruppen. Kooperationsformen mit Diensten und Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung müssen noch entwickelt werden. PsychotherapeutInnen und PsychologInnen arbeiten vielfach in multiprofessionellen Teams in Diensten und Einrichtungen, wobei die se Teamarbeit besonders in allgemeinen Krankenanstalten noch ausbaubar ist.

Im Internet-Portal für Psychotherapie und psychosoziale Dienstleistungen ([www.psyonline.at](http://www.psyonline.at)) wurden im Jänner 2003 550 PsychotherapeutInnen<sup>94</sup> an 564 Adressen (0,36/1000 EW) in Niederösterreich angeführt. Ende Dezember 1995 hatte die Anzahl der PsychotherapeutInnen in Niederösterreich noch 291<sup>95</sup> (0,20/1000 EW)<sup>96</sup> betragen, sie hat sich also in den letzten 7 Jahren nahezu verdoppelt und ist somit in diesem Zeitraum in NÖ stärker angestiegen als in Gesamt-Österreich, wo ein Anstieg um das 1,5-Fache verzeichnet wurde. Dennoch rangierte im Juni 2002 Niederösterreich an vorletzter Stelle, was die Anzahl der PsychotherapeutInnen, gemessen an der Bevölkerungsdichte betrifft. Rund 8% aller PsychotherapeutInnen waren im Bundesland NÖ gemeldet.

Die im Folgenden präsentierten Daten über die Anzahl und regionale Verteilung der PsychotherapeutInnen geben keinen Aufschluss darüber, wie viele Personen mit einer Berufsberechtigung als PsychotherapeutIn diese Tätigkeit auch tatsächlich ausführen bzw. in welchem zeitlichen Ausmaß. Laut Österreichischem Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG)<sup>97</sup> arbeitete fast die Hälfte der im Jahr 1996 befragten PsychotherapeutInnen bis maximal zehn Wochenstunden psychotherapeutisch. Am Stichtag 31.12.2000 waren einer Statistik des ÖBIG<sup>98</sup> zufolge 50,1% aller Psychotherapeuten mit Berufsadresse in NÖ

---

<sup>94</sup> Inklusive 36 PsychotherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision

<sup>95</sup> Quelle: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Psychotherapeuten Klinische Psychologen Gesundheitspsychologen, Entwicklungsstatistik 1991-2001, Wien, 2002.

<sup>96</sup> Einwohnerzahl: 1.473.813

<sup>97</sup> Quelle: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Psychotherapeuten Klinische Psychologen

<sup>98</sup> siehe Fußnote \$

ausschließlich freiberuflich tätig, 39,1% arbeiteten sowohl freiberuflich als auch im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses und 10,8% waren ausschließlich im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses beruflich tätig.

**Tab. 1: Adressen der PsychotherapeutInnen, PsychologInnen und Personen mit beiden Berufsberechtigungen in NÖ (Stand 01/03)**

Psychiatrieregion		EW pro Bezirk	PsychotherapeutInnen		PsychologInnen		PsychotherapeutInnen und PsychologInnen	
			Adressen	Adressen/1000 EW	Adressen	Adressen/1000 EW	Adressen	Adressen/1000 EW
Weinviertel	<b>Weinviertel</b>	<b>287.438</b>	<b>76</b>	<b>0,26</b>	<b>57</b>	<b>0,20</b>	<b>19</b>	<b>0,07</b>
	Hollabrunn	50.070	17	0,34	10	0,20	6	0,12
	Korneuburg	67.981	26	0,38	16	0,24	7	0,10
	Mistelbach	72.726	18	0,25	11	0,15	3	0,04
	Gänserndorf	88.475	14	0,16	20	0,23	3	0,03
	WU Gerasdorf	8.231	1	0,12	0	0,00	0	0,00
Industrieviertel	<b>Thermenregion</b>	<b>317.090</b>	<b>158</b>	<b>0,50</b>	<b>100</b>	<b>0,32</b>	<b>35</b>	<b>0,11</b>
	Mödling	106.374	94	0,88	60	0,56	25	0,24
	Bruck/Leitha	40.006	6	0,15	2	0,05	0	0,00
	WU Schwechat	43.818	13	0,30	3	0,07	0	0,00
	Baden	126.892	45	0,35	35	0,28	10	0,08
	<b>Bucklige Welt</b>	<b>195.305</b>	<b>63</b>	<b>0,32</b>	<b>39</b>	<b>0,20</b>	<b>11</b>	<b>0,06</b>
	Neunkirchen	85.769	22	0,26	15	0,17	4	0,05
	Wr. Neustadt Stadt	37.627	26	0,69	18	0,48	6	0,16
	Wr. Neustadt Land	71.909	15	0,21	6	0,08	1	0,01
	NÖ Mitte	<b>NÖ Mitte Nord</b>	<b>192.669</b>	<b>122</b>	<b>0,63</b>	<b>67</b>	<b>0,35</b>	<b>27</b>
Tulln		64.600	30	0,46	17	0,26	8	0,12
WU Purkersdorf		25.152	32	1,27	14	0,56	8	0,32
WU Klosterneubg.		24.797	30	1,21	12	0,48	5	0,20
Krems Stadt		23.713	21	0,89	21	0,89	4	0,17
Krems Land		54.407	9	0,17	3	0,06	2	0,04
<b>NÖ Mitte Süd</b>		<b>169.514</b>	<b>61</b>	<b>0,36</b>	<b>43</b>	<b>0,25</b>	<b>14</b>	<b>0,08</b>
St. Pölten Stadt		49.121	35	0,71	33	0,67	10	0,20
St. Pölten Land		93.309	21	0,23	5	0,05	3	0,03
Lilienfeld		27.084	5	0,18	5	0,18	1	0,04
Mostviertel	<b>Mostviertel</b>	<b>237.461</b>	<b>53</b>	<b>0,22</b>	<b>36</b>	<b>0,15</b>	<b>12</b>	<b>0,05</b>
	Amstetten	109.183	19	0,17	16	0,15	3	0,03
	Melk	75.287	23	0,31	12	0,16	6	0,08
	Scheibbs	41.329	4	0,10	3	0,07	2	0,05
	Waidhofen/Ybbs	11.662	7	0,60	5	0,43	1	0,09
Waldviertel	<b>Waldviertel</b>	<b>146.282</b>	<b>31</b>	<b>0,21</b>	<b>12</b>	<b>0,08</b>	<b>3</b>	<b>0,02</b>
	Waidhofen/Thaya	28.197	4	0,14	3	0,11	1	0,04
	Horn	32.400	13	0,40	2	0,06	1	0,03
	Zwettl	45.635	9	0,20	3	0,07	0	0,00
	Gmünd	40.050	5	0,12	4	0,10	1	0,02
<b>NÖ gesamt</b>		<b>1.545.804</b>	<b>564</b>	<b>0,36</b>	<b>354</b>	<b>0,23</b>	<b>121</b>	<b>0,08</b>

Die 564 Adressen der NÖ Psychotherapeuten erstrecken sich auf alle NÖ Bezirke. Aus deren regionaler Verteilung lassen sich allerdings deutliche Unterschiede in der Versorgungsdichte, gemessen an den Bevölkerungszahlen, ableiten (siehe Tab. 1). In den Psychiatrieregionen NÖ

Mitte Nord (0,63 Adressen/1000 EW) und Thermenregion (0,50 Adressen/1000 EW) waren mehr als doppelt so viele PsychotherapeutInnen gemeldet als in den Regionen Mostviertel (0,22 Adressen/1000 EW) und Waldviertel (0,21 Adressen/1000 EW).

Die größte Dichte an PsychotherapeutInnen hatten die Bezirke/Städte Wien-Umgebung-Purkersdorf (1,27 Adressen/1000 EW), Wien-Umgebung-Klosterneuburg (1,21 Adressen/1000 EW), Krems Stadt (0,89 Adressen/1000 EW) und Mödling (0,88 Adressen/1000 EW). Den geringsten Anteil an PsychotherapeutInnen hat der Bezirk Scheibbs (0,10 Adressen/1000 EW). Insgesamt bestätigt sich bei der regionalen Verteilung der PsychotherapeutInnen auch für NÖ die Analyse des ÖBIG (2002), derzufolge die Psychotherapeutendichte in den städtischen Gebieten deutlich größer ist als im ländlichen Raum. Eine Messziffer von 0,5 PsychotherapeutInnen je 1000 Einwohner und darüber findet sich ausschließlich in den Städten mit eigenem Statut (Wr. Neustadt, Krems, St. Pölten, Waidhofen/Ybbs) und in den Bezirken rund um Wien (Mödling, Wien-Umgebung-Purkersdorf und Klosterneuburg).

An 121 (21,5%) der 564 Adressen von PsychotherapeutInnen in NÖ waren Personen angegeben, die zusätzlich eine Berufsberechtigung als klinische/r und/oder GesundheitspsychologIn hatten. Damit liegt dieser Prozentsatz unter dem gesamtösterreichischen Anteil von rund 30%. Bei den 550 in NÖ gemeldeten Personen handelte es sich zu 66,9% (n=368) um weibliche und zu 33,1% (n=182) um männliche PsychotherapeutenInnen. Diese Verteilung entspricht den gesamtösterreichischen Verhältnissen.

Die Ausbildung und die Berufspflichten der PsychotherapeutInnen sowie die entsprechenden Voraussetzungen sind seit 1990 im Psychotherapiegesetz verankert. In diesem Bundesgesetz wird Psychotherapie definiert als „die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewusste und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern.“ (§1(1))

Die - in ihrem Umfang und ihren Inhalten gesetzlich vorgeschriebene - Ausbildung gliedert sich in einen allgemeinen Teil (psychotherapeutisches Propädeutikum: 765 Stunden Theorie, 550 Stunden Praxis) und einen besonderen Teil (psychotherapeutisches Fachspezifikum, 500 Stunden Theorie, 1.300 Stunden Praxis).

Derzeit existieren in Österreich 15 Ausbildungsvereine für das psychotherapeutische Propädeutikum, wovon eine Einrichtung ihren Standort in NÖ (Zentrum für Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit an der NÖ Landesakademie in St. Pölten) hat, und 33 Ausbildungsvereine für das psychotherapeutische Fachspezifikum. In NÖ werden laut Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG)<sup>99</sup> für das psychotherapeutische Propädeutikum in 32 Einrichtungen und für das Psychotherapeutische Fachspezifikum in 29 Einrichtungen Praktikumsplätze angeboten.

Gegenwärtig sind in Österreich 19 psychotherapeutische Methoden anerkannt. Ende 2000 hatten rund zwei Drittel (33,1%) der in NÖ gemeldeten PsychotherapeutInnen eine oder mehrere Zusatzbezeichnungen, die in der folgenden Auflistung der anerkannten Methoden in Klammern angegeben sind<sup>100</sup>.

- Analytische Psychologie (0,2%)
- Autogenes Training (1,5%)
- Dynamische Gruppenpsychotherapie (2,4%)
- Existenzanalyse (k.A.)
- Existenzanalyse und Logotherapie (3,5%)
- Gestalttheoretische Psychotherapie (2,0%)
- Gruppenpsychoanalyse (1,1%)
- Hypnose (1,1%)
- Individualpsychologie (2,4%)
- Integrative Gestalttherapie (4,2%)
- Katathym-Imaginative Psychotherapie (3,8%)

---

<sup>99</sup> Quelle: Homepage des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen ([www.bmsg.gv.at](http://www.bmsg.gv.at)), Stand 21.02.2003

<sup>100</sup> inklusive Mehrfachangaben; Quelle: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Psychotherapeuten Klinische Psychologen Gesundheitspsychologen, Entwicklungsstatistik 1991-2001, Wien, 2002.

- Klientenzentrierte Psychotherapie (6,4%)
- Konzentrierte Bewegungstherapie (k.A.)
- Personenzentrierte Psychotherapie (5,7%)
- Psychoanalyse (1,8%)
- Psychodrama (2,4%)
- Systemische Familientherapie (23,8%)
- Transaktionsanalyse (1,3%)
- Verhaltenstherapie (8,4%)

Für psychotherapeutische Leistungen gibt es keine generelle Preisregelung. Die Tarifgestaltung obliegt dem/der jeweiligen PsychotherapeutIn, wobei in der Honorarordnung des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie<sup>101</sup> eine Tarifspanne von 61,50 bis 123 Euro für 50 Minuten Einzeltherapie angegeben ist. Im Falle des Vorliegens einer sogenannten krankheitswertigen Störung und bei genehmigtem Kostenzuschuss durch die Krankenversicherung wird von den meisten Krankenkassen ein Zuschuss von 21,80 Euro für 50 Minuten Einzeltherapie geleistet. Bei Gruppentherapien sind sowohl die Kosten für die Psychotherapie als auch die Zuschüsse seitens der Krankenkassen geringer. Eine volle Übernahme der Kosten, gegebenenfalls mit geringem Selbstbehalt, für eine psychotherapeutische Behandlung gibt es in einigen öffentlich subventionierten Einrichtungen in NÖ. Weiters sieht das NÖ Sozialhilfegesetz 2000 die Möglichkeit der Gewährung von Zuschüssen zu speziellen therapeutischen Diensten vor (§34, Abs.1, Z.1), wobei auf diese sogenannten persönlichen Hilfen kein Rechtsanspruch besteht. Seit 1. Juli 2003 gibt es in Niederösterreich die sogenannte Vereinslösung: zwischen der niederösterreichischen Gebietskrankenkasse und zwei Vereinen (Verein für ambulante Psychotherapie, Niederösterreichische Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung NGPV) wurden Verträge abgeschlossen, die es Mitgliedern der Vereine ermöglicht, unter bestimmten Voraussetzungen auch Psychotherapie auf Krankenschein durchzuführen. Bei Übernahme der Psychotherapiekosten durch die Krankenkasse ist eine ärztliche Untersuchung notwendig

---

<sup>101</sup> Quelle: Internet-Portal für Psychotherapie und psychosoziale Dienstleistungen ([www.psyonline.at](http://www.psyonline.at))

## PsychologInnen

Im Jänner 2003 wurden im Internet-Portal für Psychologie ([www.psyweb.at](http://www.psyweb.at)) 347 PsychologInnen an 354 Adressen (0,23/1000 EW) in NÖ angegeben.

Laut einer Entwicklungsstatistik des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen (ÖBIG)<sup>102</sup> ist in NÖ von 1995 bis 2001 die Anzahl der PsychologInnen mit der Zusatzbezeichnung „Klinische/r PsychologIn“ um das rund 1,8-Fache (von n=167 auf n=301) angestiegen. Etwas geringer war in diesem Zeitraum die Zunahme von PsychologInnen mit der Zusatzbezeichnung „GesundheitspsychologIn“, hier betrug die Zuwachsrate 1,7 (von n=168 auf n=290). Anzumerken ist hier, dass Überschneidungen zwischen diesen beiden Berufsgruppen häufig sind, da in den meisten Fällen<sup>103</sup> beide Zusatzbezeichnungen vorhanden sind.

Wie bei den Psychotherapeuten nahm im Dezember 2001 NÖ auch hinsichtlich der relativen Anzahl der klinischen PsychologInnen (1,9/1000 EW) und der GesundheitspsychologInnen (1,9/1000 EW) österreichweit den vorletzten Platz ein.

Ebenso wie bei der obigen Darstellung der psychotherapeutischen Versorgung lässt sich aus den folgenden Statistiken zur regionalen Verteilung der PsychologInnen nicht ableiten, wie viele Personen tatsächlich als PsychologInnen tätig sind und in welchem zeitlichen Ausmaß. Laut einer Erhebung des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen (ÖBIG)<sup>104</sup> vom 31.12.2000 waren 33,6% aller PsychologInnen mit Berufsadresse in NÖ ausschließlich freiberuflich tätig, 35,0% arbeiteten sowohl freiberuflich als auch im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses und 31,4% waren ausschließlich im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses beruflich tätig.

Die regionale Verteilung der Adressen der in NÖ gemeldeten PsychologInnen verweist auf gravierende Unterschiede in der Versorgungsdichte (siehe Tab. 1). In den Psychiatrieregionen NÖ Mitte Nord (0,35 Adressen/1000 EW) und Thermenregion (0,32 Adressen/1000 EW) war die Rate der PsychologInnen rund vier mal so hoch wie im Waldviertel (0,08 Adressen/1000

---

<sup>102</sup> Psychotherapeuten Klinische Psychologen Gesundheitspsychologen, Entwicklungsstatistik 1991-2001, Wien, 2002.

<sup>103</sup> 89,6% in ganz Österreich, über NÖ liegen keine gesonderten Daten vor.

<sup>104</sup> Siehe Fußnote §

EW). Die Anzahl der PsychologInnen, gemessen an der Bevölkerungszahl, war am höchsten in den Städten Krems (0,89 Adressen /1000 EW) und St. Pölten (0,67 Adressen /1000 EW) sowie in den Bezirken Mödling und Wien-Umgebung- Purkersdorf (jeweils 0,56 Adressen/1000 EW) und am niedrigsten in den Bezirken Bruck/Leitha, St. Pölten Land (jeweils 0,05 Adressen/1000 EW), Krems Land und Horn (jeweils 0,06 Adressen/1000 EW). In Gerasdorf (Bezirk Wien-Umgebung) war kein/e PsychologIn gemeldet. Die durch das ÖBIG<sup>105</sup> in Gesamt-Österreich festgestellte Konzentration der klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen auf den städtischen Bereich spiegelt sich somit auch in den niederösterreichischen Versorgungsstrukturen wider.

Ende Jänner waren an 121 (34,2%) der insgesamt 354 Adressen von PsychologInnen in NÖ Personen gemeldet, die gleichzeitig PsychotherapeutInnen waren. Der Anteil an PsychologInnen, die auch in die Psychotherapeutenliste eingetragen sind, liegt somit in NÖ unter dem durch das ÖBIG<sup>106</sup> für Gesamt-Österreich berechneten Prozentanteil von fast 50%. 79,5% (n=276) aller 347 in NÖ gemeldeten PsychologInnen sind weiblich, 20,5% (n=71) männlich, d.h. in NÖ ist der Anteil weiblicher PsychologInnen etwas höher als in Gesamt-Österreich (71,4%)<sup>107</sup>.

Seit 1990 sind die rechtlichen Voraussetzungen für die Führung der Berufsbezeichnung „PsychologIn“ und die Ausübung des psychologischen Berufes im Bereich des Gesundheitswesens im *Psychologengesetz* verankert. Die Berufsbezeichnung „PsychologIn“ setzt laut diesem Bundesgesetz ein abgeschlossenes Hochschulstudium der Studienrichtung Psychologie voraus, die selbstständige Ausübung des psychologischen Berufes im Bereich des Gesundheitswesens erfordert den zusätzlichen Erwerb fachlicher Kompetenz und umfasst insbesondere

- Die klinisch-psychologische Diagnostik,
- Die Anwendung psychologischer Behandlungsmethoden zur Prävention, Behandlung und Rehabilitation, die Beratung von juristischen Personen sowie die Forschungs- und Lehrtätigkeit,
- Die Entwicklung gesundheitsfördernder Maßnahmen und Projekte (§ 3, Abs. 2).

---

<sup>105</sup> Psychotherapeuten Klinische Psychologen Gesundheitspsychologen, Entwicklungsstatistik 1991-2001, Wien, 2002.

<sup>106</sup> Siehe Fußnote §

Die Voraussetzung für die selbstständige psychologische Tätigkeit im Gesundheitswesen ist die Eintragung in die Liste der klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen im Bundeskanzleramt. Um die Berufsbezeichnung „klinische/r PsychologIn“ und/oder „GesundheitspsychologIn“ führen zu dürfen, muss eine theoretische und praktische Fachkompetenz in einem gesetzlich definierten Ausmaß erworben worden sein. Die theoretische Fachkompetenz muss in Form eines mindestens 160 Stunden umfassenden Lehrcurriculums in einer vom Bundeskanzleramt anerkannten Einrichtung erfolgen. (§5, § 7). Die praktische Fachkompetenz muss durch eine psychologische Tätigkeit von mindestens 1480 Stunden im Rahmen einer im psychosozialen Feld bestehenden Einrichtung des Gesundheits- oder Sozialwesens und eine die psychologische Tätigkeit begleitende Supervision im Ausmaß von 120 Stunden erworben werden (§6, §8). Für den Erwerb des Titels „klinische/r PsychologIn“ müssen davon mindestens 800 Stunden und für den Erwerb des Titels „GesundheitspsychologIn“ mindestens 150 Stunden an psychologischer Tätigkeit in einer *facheinschlägigen Einrichtung*<sup>108</sup> des Gesundheitswesens absolviert worden sein (§12, Abs. 1).

Laut Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG)<sup>109</sup> bestehen in NÖ gegenwärtig 41 - darunter 31 facheinschlägige - Einrichtungen, die über anerkannte Ausbildungsplätze zum Erwerb der praktischen Fachkompetenz für GesundheitspsychologInnen und/oder klinische PsychologInnen verfügen.

Die klinisch-psychologische Diagnostik wurde 1995 als Dienstleistung im Bereich des Gesundheitswesens anerkannt und kann seither auf Kosten der Krankenversicherung in Anspruch genommen werden. Die rechtliche Grundlage dafür ist der am 28.11.1994 zwischen dem Berufsverband der österreichischen Psychologen und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger abgeschlossene Gesamtvertrag für klinische Diagnostik. Psychologische Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen fallen nicht in den Geltungsbereich dieser vertraglichen Vereinbarung. Die Leistungen der klinisch-psychologischen Diagnostik werden von VertragspsychologInnen (klinische PsychologInnen

---

<sup>107</sup> Quelle: siehe Fußnote §

<sup>108</sup> D.s. Einrichtungen, die eine multiprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheits- und Sozialberufe gewährleisten und die Diagnostik und Behandlung verschiedener krankheitswertiger Störungen über einen längeren Zeitraum ermöglichen (z.B. Krankenanstalten, Ambulatorien, Sozialdienste, ...)

<sup>109</sup> Quelle: Homepage des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen ([www.bmsg.gv.at](http://www.bmsg.gv.at)), Stand 21.02.2003

mit Kassenvertrag) oder WahlpsychologInnen (klinische PsychologInnen mit entsprechender Qualifikation ohne Kassenvertrag) erbracht. Bei WahlpsychologInnen werden die Honorarkosten zu 80% von den Krankenkassen rückerstattet. Die Leistungen können nur dann mit der Krankenkasse verrechnet werden, wenn eine ärztliche Überweisung bzw. eine chefärztliche Genehmigung vorliegt.

Im Jänner 2003 waren in NÖ 17 VertragspsychologInnen<sup>110</sup> (0,01/1000 EW) gemeldet (Adressen siehe Anhang). Damit ist die im Stellenplan des Gesamtvertrages zwischen dem Berufsverband der österreichischen Psychologen und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Anlage IX) angegebene Gesamtanzahl von 18 VertragspsychologInnen für NÖ nahezu erreicht. Hinsichtlich der regionalen Verteilung der VertragspsychologInnen bestehen deutliche Unterschiede zwischen den Psychiatrieregionen. Dieses regionale Ungleichgewicht stellt auch eine Abweichung vom Stellenplan im o.g. Gesamtvertrag dar. (siehe Tab.2)

<b>Tab.2: VertragspsychologInnen in NÖ (Stand 01/03)</b>				
<b>Psychiatrieregion</b>	<b>Einwohner</b>	<b>VertragspsychologInnen</b>		
		Anzahl lt. Stellenplan <sup>111</sup>	Anzahl	Anzahl / 10 000 EW
<b>Weinviertel</b>	287.438	4	2	0,07
<b>Thermenregion</b>	317.090	2	2	0,06
<b>Bucklige Welt</b>	195.305	2	-	-
<b>NÖ Mitte Nord</b>	192.669	3	4	0,21
<b>NÖ Mitte Süd</b>	169.514	2	3	0,18
<b>Mostviertel</b>	237.461	3	3	0,13
<b>Waldviertel</b>	146.282	2	3	0,21
<b>NÖ gesamt</b>	<b>1.545.804</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>0,11</b>

<sup>110</sup> Quelle: Homepage des Berufsverbandes der österreichischen PsychologInnen (boep.or.at), Stand 23.01.2003

<sup>111</sup> Die im Stellenplan vorgesehene Vertragspsychologenstelle für Wien-Umgebung wurde für die Tabellarische Darstellung der Psychiatrieregion NÖ Mitte Nord zugerechnet.

# **Teil B**

## **Kapitel 2.5**

### **Niedergelassene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und ÄrztInnen mit PSY-Diplom**

## Ärzte für Allgemeinmedizin

Es ist vielfach dokumentiert, dass Personen mit psychischen Störungen in der Klientel des Arztes für Allgemeinmedizin bis zu ein Drittel ausmachen. Dies hängt unter anderem mit drei Gründen zusammen: Erstens ist der Kontakt mit dem „Hausarzt“ Stigma vermeidend – im Gegensatz zu einem Kontakt mit PsychiaterInnen oder mit psychiatrischen Einrichtungen. Zweitens sind Hausärzte bevölkerungsnahe angesiedelt und in so großer Zahl vorhanden, dass sie auch zeitlich und örtlich „niederschwellig“ zu erreichen sind. Drittens, haben es viele Hausärzte mit chronisch kranken Personen zu tun, bei denen sich sehr oft psychische Störungen hinzugesellen.

Die häufigsten psychiatrischen Diagnosegruppen in der Klientel des Arztes für Allgemeinmedizin sind Depressionen, Angststörungen und Alkoholprobleme. Es erscheint deshalb besonders wichtig, Ärzte für Allgemeinmedizin im Erkennen dieser Krankheitsbilder zu schulen und sie auch mit entsprechendem Wissen darüber auszustatten, wie – direkte Behandlung oder Zuweisung zu fachlichen Einrichtungen – PatientInnen mit derartigen psychischen Störungen optimal betreut werden können. In der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin ist Psychiatrie nur rudimentär vorhanden (zwei Monate entweder *Psychiatrie* oder *Neurologie*). Der Wissens- und Fertigkeitenerwerb wird sich deshalb auf dem Bereich der Fortbildung konzentrieren. Das Regionale Zentrum für Seelische Gesundheit sollte hier tätig werden und in Fortbildungsveranstaltungen nicht nur psychiatrisches Wissen und entsprechende Fertigkeiten vermitteln, sondern auch die psychiatrische Versorgungsstruktur und die Kooperationsmöglichkeiten aufzeigen. Die Mitarbeit von Ärzten für Allgemeinmedizin im regionalen psychiatrischen Verbund (siehe Kap. D.1) ist deshalb essenziell.

In Tabelle 1 ist ersichtlich, dass in ganz Niederösterreich auf rund 2.000 Personen ein Arzt für Allgemeinmedizin mit §2-Kassenvertrag kommt und dass es wenig regionale Unterschiede gibt. Am besten ist das Waldviertel ausgestattet, am schlechtesten die Psychiatrieregion NÖ Mitte Nord.

## Ärzte mit PSY-Diplom

Im Bestreben, der Ärzteschaft im Hinblick auf psychosoziales, psychosomatisches und psychotherapeutisches Wissen und Handeln eine verbesserte Kompetenz zu vermitteln, sind seit 1989 von der Österreichischen Ärztekammer Richtlinien für Diplomlehrgänge als postpromotionelle Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten entwickelt worden. Die drei Lehrgänge (Psychosoziale Medizin, Psychosomatische Medizin und Psychotherapeutische Medizin) umfassen in unterschiedlichem Ausmaß sowohl Theorie und deren praktische Umsetzung als auch Selbsterfahrung und Supervision. Die Lehrgänge wurden von der Österreichischen Ärztekammer 1995 beschlossen. Die Absolventen der Lehrgänge erhalten ein Diplom der Österreichischen Ärztekammer.

Die Zeitdauer der Fortbildung beträgt (nach Bundesland und Veranstalter variierend) für den Lehrgang „Psychosoziale Medizin“ (Modul PSY I) 1-2 Semester, für den Lehrgang „Psychosomatische Medizin“ (Modul PSY II) 3-4 Semester und für den Lehrgang „Psychotherapeutische Medizin“ (Modul PSY III) 4-6 Semester. Die einzelnen Lehrgänge müssen aufeinanderfolgend besucht werden, wobei bei Absolvierung der Facharztweiterbildung Psychiatrie das Modul „Psychosomatische Medizin“ als absolviert gilt, wenn ein spezieller Lehrgang „Psychotherapeutische Medizin für Psychiater“ besucht wird.

Die erforderliche Stundenzahl für die einzelnen Lehrgänge beträgt für „Psychosoziale Medizin“ 180, für „Psychosomatische Medizin“ 480 und für „Psychotherapeutische Medizin“ 1870 Stunden.

Ende 2000 hatten in Österreich 1103 Ärzte das PSY-Diplom I für „Psychosoziale Medizin“, 1046 das PSY-Diplom II für „Psychosomatische Medizin“ und 929 das PSY-Diplom III für „Psychotherapeutische Medizin“ (Tab. B-1). In der letzten Gruppe waren 547 (58.9 %) Fachärzte für Psychiatrie, wenn zusätzlich die 30 Fachärzte für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie mit ursprünglicher Fachzulassung für Kinderheilkunde gezählt werden, also umgekehrt ausgedrückt rund 60% Nicht-Psychiater, beim PSY-Diplom I waren hingegen rund 80% Nicht-Psychiater.

In Niederösterreich gab es Ende 2000 insgesamt 293 Ärzte mit PSY-Diplom I, 223 mit PSY-Diplom II und 108 mit PSY-Diplom III.

# **Teil B**

## **Kapitel 2.6**

### **Soziale Dienste**

## **B.2.6 Soziale Dienste**

Zu den ambulanten sozialen Diensten zählen laut NÖ SHG 2000 insbesondere:

- Sozialmedizinische und soziale Betreuungsdienste
- Familienbetreuung
- Essenszustelldienste im Rahmen der Aktion ‚Essen auf Rädern‘
- Notruftelefon

In NÖ bieten derzeit folgende fünf Trägerorganisationen Leistungen der sozialen Dienste an: NÖ Hilfswerk, Volkshilfe NÖ, Caritas der Diözese St. Pölten, Caritas der Erzdiözese Wien sowie Österreichisches Rotes Kreuz.

Im Folgenden werden die den sozialen Diensten zugeordneten Leistungsbereiche gesondert dargestellt.

### **Sozialmedizinische und soziale Betreuungsdienste**

Sozialmedizinische und soziale Betreuungsdienste sollen Personen mit akuten oder chronischen Erkrankungen die Möglichkeit bieten, möglichst lange in der gewohnten Umgebung gepflegt zu werden. Das entsprechende Leistungsangebot umfasst folgende Bereiche:

- a. Hauskrankenpflege
- b. Alten- und Pflegehilfe
- c. Heimhilfe
- d. Therapeutische Hilfen
- e. Unterstützende und beratende Angebote

Laut Zentrum für Alternswissenschaften und Sozialpolitikforschung ZENTAS<sup>112</sup> wurden im September 1999 in NÖ 11239 Personen im Rahmen sozialmedizinischer und sozialer

---

<sup>112</sup> Pflegequalität der mobilen sozialmedizinischen und sozialen Betreuungsdienste in NÖ. Schriftenreihe der NÖ Landesakademie - Serie des Zentrums für Alternswissenschaften und Sozialpolitikforschung. Band 22, 2001.

Betreuungsdienste durch die vier größten NÖ Trägervereine<sup>113</sup> in den Bereichen Hauskrankenpflege, Alten- und Pflegehilfe sowie Heimhilfe betreut. Die Gesamtanzahl der wöchentlichen mobilen Einsätze wurde mit hochgerechnet rund 75 000 angegeben. Der Großteil des Personaleinsatzes<sup>114</sup> (57,3%) entfiel dabei auf HeimhelferInnen, gefolgt von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (26,2%) und Alten- bzw. PflegehelferInnen (16,5%), wobei - in Abhängigkeit vom Leistungsträger - je nach Bezirk unterschiedliche Personalzusammensetzungen festgestellt wurden (S. 3ff). Von allen Klienten war bei 23,6% eine Demenz, bei 7,1% eine Alzheimer-Krankheit, bei 5,5% eine Depression, bei 2,6% eine psychische Erkrankung bzw. Beeinträchtigung und bei jeweils 1,3% ein Alkoholabusus bzw. eine geistige Beeinträchtigung bzw. Behinderung als Diagnose angegeben. Die Betreuungsbedürftigkeit der KlientInnen der mobilen Dienste war durch chronische und Mehrfacherkrankungen, verstärkt bzw. akzentuiert durch spezifische Soziallagen, gekennzeichnet (S. 54ff). Was die Häufigkeit der im Rahmen der sozialmedizinischen und sozialen Betreuungsdienste durchgeführten und dokumentierten Tätigkeiten in den Haushalten der Klienten betrifft, rangierte das aktive Zuhören und Führen von Gesprächen an erster Stelle: Bei 82,0% der KlientInnen wurde diese Tätigkeit durchschnittlich 5,7 Mal durchgeführt (S. 64). Bei 22,5% der Einsätze waren Angehörige anwesend, eine aktive Einbindung der Angehörigen erfolgte in etwa in der Hälfte der Fälle (S. 70).

In einer Ergebnisübersicht ( S. 178ff) werden vom Zentrum für Alternswissenschaften und Sozialpolitikforschung ZENTAS unter anderem der Mangel an strukturellen Qualitätsstandards, fehlende Kooperations- und Vernetzungsstrukturen (unter anderem mit den psychosozialen Diensten), die Heterogenität der Modelle und Personalstrukturen zwischen den Trägern sowie erschwerte Realisierungsmöglichkeiten für Intensivbetreuung (siehe unten) beschrieben.

Für Betreuungsleistungen im Rahmen der Hauskrankenpflege, der Alten- und Pflegehilfe sowie der Heimhilfe übernimmt das Land NÖ bei jenen Personen, bei denen ein Anspruch auf Pflegegeld bzw. eine medizinische Hauskrankenpflegebedürftigkeit besteht und die die anfallenden Kosten nicht selber tragen können, einen Teil der Finanzierung. Die finanziellen Eigenleistungen der Hilfeempfänger werden nach der Höhe des Einkommens berechnet und

---

<sup>113</sup> Das Rote Kreuz wurde aufgrund der geringen Anzahl an betreuten Personen nicht berücksichtigt.

<sup>114</sup> Personalzusammensetzung nach Wochenarbeitszeit

sind sozial gestaffelt. Weiters wird ein aliquoter Anteil vom Pflegegeld verrechnet. Der vom Land NÖ geförderte Stundensatz gilt allerdings nur bis zur 55. Einsatzstunde pro Monat. Bei einem darüber hinaus gehenden Betreuungsausmaß kann entweder ein Antrag auf Intensivbetreuung bei der NÖ Landesregierung gestellt werden oder die über die ersten 55 Einsatzstunden hinaus geleisteten Einsatzstunden werden zum Privatkundentarif verrechnet. Laut ZENTAS<sup>115</sup> werden solche Intensivbetreuungsanträge „... immer stärker hinterfragt, immer öfter abgelehnt und gekürzt. ...Jenseits der 55-Stunden-Grenze läuft es darauf hinaus, dass jene, die (oder deren Angehörige) es sich leisten können, zu Hause bleiben und dort weiter gepflegt werden können, während die anderen ins Heim müssen.“ (S.183)

#### Ad a. Hauskrankenpflege

Die Tätigkeitsbereiche, Kompetenzen und Ausbildungserfordernisse der Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, d.h. der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sind im *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz GuKG*<sup>116</sup> verankert. Nach diesem Bundesgesetz umfasst das Berufsbild die Pflege und Betreuung von Menschen aller Altersstufen bei körperlichen und psychischen Erkrankungen, die Pflege und Betreuung behinderter Menschen, Schwerverkrankter und Sterbender sowie die pflegerische Mitwirkung an der Rehabilitation, der primären Gesundheitsversorgung, der Förderung der Gesundheit und der Verhütung von Krankheiten im intra- und extramuralen Bereich, inklusive der Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Verrichtungen auf ärztliche Anordnung. (§11) Neben der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege gibt es im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege die beiden Fachrichtungen „Kinder- und Jugendlichenpflege“ und „psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege“. Zum Tätigkeitsbereich diplomierter Gesundheits- und Krankenpflegepersonen zählen die Erstellung von Pflegeanamnese, Pflegediagnose und Pflegeplanung, die Durchführung der Pflegemaßnahmen, präventive und gesundheitsfördernde Interventionen, die psychosoziale Betreuung, die Dokumentation und Organisation der Pflege, die Anleitung und Überwachung von Hilfspersonal und Pflegeschülern, die Mitwirkung an der Pflegeforschung, die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung sowie die Mitwirkung an interdisziplinären Tätigkeiten. (§ 14 - § 16)

---

<sup>115</sup> Pflegequalität der mobilen sozialmedizinischen und sozialen Betreuungsdienste in NÖ. Schriftenreihe der NÖ Landesakademie - Serie des Zentrums für Alternswissenschaften und Sozialpolitikforschung. Band 22, 2001.

<sup>116</sup> BGBl. I Nr. 116/1999

Die psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die Beobachtung, Betreuung und Pflege sowie Assistenz bei medizinischen Maßnahmen von Menschen mit akuten und chronischen psychischen Störungen, einschließlich untergebrachten Menschen, Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, geistig abnormen Rechtsbrechern (§ 21 StGB) und Menschen mit Intelligenzminderungen sowie von Menschen mit neurologischen Erkrankungen und sich daraus ergebenden psychischen Begleiterkrankungen aller Alters- und Entwicklungsstufen. Weiters werden die Beschäftigung und Gesprächsführung mit Menschen mit psychischen Störungen und neurologischen Erkrankungen sowie deren Angehörigen, die psychosoziale Betreuung, die psychiatrische und neurologische Rehabilitation und Nachbetreuung und die Übergangspflege genannt. (§ 19)

Eine ambulante bzw. mobile Berufsausübung einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson kann entweder freiberuflich oder im Rahmen eines Dienstverhältnisses erfolgen. (§ 35) Für eine freiberufliche Berufsausübung bedarf es der Bewilligung des zuständigen Landeshauptmannes. (§ 34)

Die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege erfolgt an Schulen für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege. Sie dauert drei Jahre und hat mindestens 4 600 Stunden in Theorie und Praxis zu enthalten, wobei mindestens die Hälfte auf die praktische Ausbildung und mindestens ein Drittel auf die theoretische Ausbildung zu entfallen hat. Zu den Ausbildungsinhalten zählen auch die Sachgebiete Gerontopsychiatrie, Soziologie, Psychologie, Pädagogik und Sozialhygiene. Die praktische Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege ist an einschlägigen Fachabteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten einer Krankenanstalt, Einrichtungen, die der stationären Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen, und Einrichtungen, die Hauskrankenpflege, andere Gesundheitsdienste oder soziale Dienste anbieten, durchzuführen. (§ 41 - § 43) In NÖ wird die theoretische Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege derzeit in 13, an Krankenhäuser angesiedelten Schulen angeboten<sup>117</sup>.

Die Ausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege kann entweder im Rahmen einer Sonderausbildung (§67) für Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder als spezielle Grundausbildung (§ 78 - § 80) erfolgen.

---

<sup>117</sup> Quelle: Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Abteilung Schulpsychologie-Bildungsberatung: Bildungswege im helfenden Bereich. Wien, 2003.

Die Sonderausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege dauert mindestens ein Jahr und umfasst mindestens 1 600 Stunden theoretische und praktische Ausbildung. Zu den Inhalten der Ausbildung zählen neben dem Sachgebiet der Pflege und Betreuung bei verschiedenen psychiatrischen und neurologischen Krankheitsbildern auch die psychiatrische und neurologische Krankheitslehre, Kenntnisse über relevante andere Arbeitsmethoden (Psychologie, Ergotherapie, Psychotherapie, Supervision, Soziotherapie), spezifische Methoden (Übergangspflege, reaktivierende Pflege und nachgehende psychiatrische Betreuung; Gesprächsführung, psychosoziale Betreuung und Angehörigenarbeit; Krisenintervention) sowie spezielle rechtliche Grundlagen in der Psychiatrie.

Die spezielle Grundausbildung erfolgt an Schulen für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege. Sie dauert drei Jahre und umfasst mindestens 4 600 Stunden theoretische und praktische Ausbildung, wobei mindestens die Hälfte auf die praktische Ausbildung und mindestens ein Drittel auf die theoretische Ausbildung zu entfallen hat. Die Ausbildung beinhaltet die oben beschriebenen Sachgebiete der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege sowie der entsprechenden Sonderausbildung.

Beide Ausbildungsvarianten werden in NÖ an den Standorten der beiden NÖ Landesnervenkliniken Gugging und Mauer, die spezielle Grundausbildung zusätzlich am Therapiezentrum Ybbs angeboten.

Für den Einsatz einer diplomierten Pflegeperson werden maximal 27 Euro pro Stunde verrechnet, an Sonn- und Feiertagen wird ein 100%iger Zuschlag verrechnet.

#### Ad b. Alten- und Pflegehilfe

Altenhelfer sind ausgebildete Fachkräfte, die durch gezielte Maßnahmen dazu beitragen sollen, älteren Personen ein lebenswertes soziales Umfeld zu erhalten und ein würdevolles Altern in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen. Die Kompetenzen und Ausbildungsrichtlinien sind im *NÖ Alten-, Familien- und Heimhelfergesetz* geregelt. Zu den Leistungen der AltenhelferInnen zählen demnach insbesondere Hilfen zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten für ein möglichst selbständiges und eigenverantwortliches Leben im Alter, die Unterstützung bei der psychosozialen Bewältigung von Krisensituationen, die Begleitung und Anleitung von Angehörigen und Laienhelfern, die Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld, Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes und die Sterbebegleitung. (§ 5)

Die Ausbildung zum Altenhelfer erfolgt insbesondere in Fachschulen für Altendienste nach einer von der NÖ Landesregierung bestimmten Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. In den NÖ Fachschulen bzw. Lehranstalten für Altenhilfe bzw. -pflege umfasst die Ausbildung mehr als 2000 Stunden Theorie und Praxis und beinhaltet auch den integrierten Erwerb der Pflegehelferqualifikation.

Pflegehelfer werden laut österreichischem *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz GuKG* den Gesundheits- und Krankheitspflegeberufen zugeordnet. In diesem Bundesgesetz sind auch das Berufsbild, die Kompetenzen und die Ausbildung geregelt. Die Pflegehilfe umfasst demnach die Betreuung pflegebedürftiger Menschen zur Unterstützung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie von Ärzten. (§ 82)

Der Tätigkeitsbereich der Pflegehilfe umfasst pflegerische Maßnahmen und die Mitarbeit bei therapeutischen und diagnostischen Verrichtungen einschließlich der sozialen Betreuung der Patienten oder Klienten und der Durchführung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten. Die Durchführung von pflegerischen Maßnahmen darf dabei nur nach direkter oder schriftlicher Anordnung und unter Aufsicht von diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal erfolgen. Zu den pflegerischen Maßnahmen zählen unter anderem die Durchführung von Grundtechniken der Pflege und der Mobilisation, der Körperpflege und Ernährung, der Krankenbeobachtung und prophylaktischer Pflegemaßnahmen. (§ 84)

Im Rahmen der Mitarbeit bei therapeutischen und diagnostischen Verrichtungen dürfen im Einzelfall nach schriftlicher ärztlicher Anordnung und unter Aufsicht von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder von Ärzten z.B. folgende Tätigkeiten durchgeführt werden: Verabreichung von Arzneimitteln und subkutanen Insulininjektionen; Anlegen von Bandagen und Verbänden; Maßnahmen der Krankenbeobachtung aus medizinischer Indikation, wie Messen von Blutdruck, Puls, Temperatur, Gewicht und Ausscheidungen sowie Beobachtung der Bewusstseinslage und der Atmung. (§ 84)

Die Ausbildung in der Pflegehilfe dauert ein Jahr und umfasst eine theoretische und praktische Ausbildung in der Dauer von insgesamt 1 600 Stunden, wobei jeweils die Hälfte auf die theoretische und praktische Ausbildung zu entfallen hat. (§ 92) Sie muss in Lehrgängen (Pflegehilfelehrgänge) erfolgen, die an oder in Verbindung mit allgemeinen Krankenanstalten oder Krankenanstalten für chronisch Kranke oder Pflegeheimen oder

Einrichtungen oder Gebietskörperschaften, die Hauskrankenpflege anbieten, einzurichten sind. (§95)

Die Kosten für Leistungen im Rahmen der Alten- bzw. Pflegehilfe betragen maximal 22 Euro pro Stunde, an Sonn- und Feiertagen wird ein 100%iger Zuschlag verrechnet.

#### Ad c. Heimhilfe

Das Berufsbild, die Kompetenzen und die Ausbildung des Heimhelfers sind im *NÖ Alten-, Familien- und Heimhelfergesetz* geregelt. Diesem Gesetz zufolge ist ein Heimhelfer eine ausgebildete Kraft, die befähigt ist, betreuungsbedürftige Menschen in deren Wohnbereich bei der Haushaltsführung und den Aktivitäten des täglichen Lebens zu unterstützen. Zu den Leistungen des Heimhelfers zählen insbesondere hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Unterstützung bei Besorgungen außerhalb des Wohnbereiches, Unterstützung von Pflegepersonen bei Grundtechniken (Lagerung des Betreuten), Unterstützung bei der einfachen Körperpflege, Zubereitung bzw. Unterstützung bei der Einnahme von Mahlzeiten, Förderung von Kontakten im sozialen Umfeld sowie Herbeiholen erforderlicher Hilfe. (§ 7)

Die Ausbildung zum Heimhelfer ist von der NÖ Landesregierung durch eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung festgelegt und erfolgt im Rahmen eines Lehrganges. An der Fachhochschule für Sozialberufe Wr. Neustadt der Caritas Wien umfasst der Lehrgang für HeimhelferInnen z.B. eine theoretische Ausbildung im Ausmaß von 298 Stunden und eine praktische Ausbildung im Ausmaß von 280 Stunden<sup>118</sup>, beim NÖ Berufsförderungsinstitut besteht die Ausbildung aus 200 Theoriestunden und einem achtwöchigen Praktikum<sup>119</sup>, beim NÖ Hilfswerk besteht der Lehrgang für HeimhelferInnen aus 120 Theorie- und 80 Praktikumsstunden<sup>120</sup>.

Die Kosten für die Heimhilfe werden nach der Höhe des Einkommens berechnet und sind sozial gestaffelt. Darüber hinaus wird ein aliquoter Anteil vom Pflegegeld verrechnet. Maximal werden für eine Einsatzstunde eines/r HeimhelferIn 19 Euro verrechnet, an Sonn- und Feiertagen wird ein 100%iger Zuschlag verrechnet.

---

<sup>118</sup> Quelle: Homepage der Caritas Wien ([www.caritas-wien.at](http://www.caritas-wien.at)), Stand 04.02.2003

<sup>119</sup> Quelle: Homepage des NÖ Berufsförderungsinstitutes ([www.bfi-noe.at](http://www.bfi-noe.at)), Stand 13.03.2003

<sup>120</sup> Quelle: Homepage des NÖ Hilfswerks ([niederosterreich.hilfswerk.at](http://niederosterreich.hilfswerk.at)), Stand 30.01.2003

#### Ad d. Therapeutische Hilfen<sup>121</sup>

Zwei Trägerorganisationen der sozialen Dienste in NÖ (Volkshilfe NÖ, NÖ Hilfswerk) bieten auf ärztliche Verordnung auch mobile therapeutische Hilfen durch diplomierte Physio- und Ergotherapeuten bzw. Logopäden an. Dieses Angebot richtet sich an Personen, die entsprechende Angebote außer Haus nicht mehr aufsuchen können und bietet den Vorteil, das Therapieprogramm auf die häuslichen Gegebenheiten und die Bedürfnisse der Klienten gezielt abstimmen zu können. Ein spezielles Angebot des NÖ Hilfswerks ist die von ErgotherapeutInnen durchgeführte mobile Wohnraumberatung. Die Kosten für die mobile Therapie werden – bis auf den Selbstbehalt – bei Bewilligung der ärztlichen Verordnung von den Krankenkassen übernommen. Bei Ablehnung der Therapie durch die Krankenkasse besteht die Möglichkeit, die Therapieeinheiten mit Unterstützung des Landes NÖ zu finanzieren. Die Höhe des geförderten Kostenbeitrages ist vom Einkommen des Klienten abhängig und sozial gestaffelt.

In den Familienzentren der Caritas Wien<sup>122</sup> wird tiefenpsychologisch orientierte und systemische Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien sowie Einzelpersonen und Paare in Problemsituationen angeboten, auf Wunsch auch individuell. Die psychotherapeutische Unterstützung in den Familienzentren kann von Personen aller Einkommensschichten in Anspruch genommen, der individuelle Kostenbeitrag richtet sich nach der Höhe des Einkommens und der Lebenssituation. Die vom NÖ Hilfswerk in den zehn Zentren für Beratung & Begleitung angebotene Psychotherapie für Kinder und Erwachsene in schwierigen Lebenslagen kann von Versicherungsnehmern der BVA auf Krankenschein, mit 20%igem Selbstbehalt, in Anspruch genommen werden.

#### Ad e. Unterstützende und beratende Angebote

Von einzelnen Trägervereinen sozialer Dienste werden ergänzende Unterstützungsleistungen angeboten. Dazu zählen unter anderem Haus-, Wohn- bzw. Gartenservice-Angebote<sup>123</sup>, in deren Rahmen individuelle Leistungspakete in den Bereichen Haushalt (Wohnungsputz,

---

<sup>121</sup> Berufsbild, Tätigkeitsspektrum und Ausbildung der verschiedenen TherapeutInnen sind im Anhang beschrieben.

<sup>122</sup> Quelle: Homepage der Caritas Wien ([www.caritas-wien.at](http://www.caritas-wien.at)), Stand 04.02.2003

<sup>123</sup> Anbieter : NÖ Hilfswerk (Quelle: Homepage [niederösterreich.hilfswerk.at](http://niederösterreich.hilfswerk.at); Stand 30.01.2003) und Volkshilfe NÖ (Quelle: Homepage [www.noee-volkshilfe.at](http://www.noee-volkshilfe.at); Stand 30.01.2003)

Instandhaltung, Entrümpelung, Wäscheservice, ...), Gartenpflege und Pflanzenversorgung sowie Erledigungen und Besorgungen erstellt werden können. Beim NÖ Hilfswerk belaufen sich die Kosten für diese Dienstleistungen auf 11,20 Euro je Stunde.

Weitere Angebote beziehen sich auf

- Besuchs- und Begleitdienste von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen,
- auf berufliche Beratungs-, Unterstützungs- und Wiedereingliederungsmaßnahmen für Jugendliche und Frauen,
- auf die Sozialberatung in rechtlichen und finanziellen Fragen sowie Überbrückungshilfen für in Not geratene Personen,
- auf die Familienberatung für Kinder, Jugendliche, Erwachsene, Paare und Familien in unterschiedlichen Problemlagen,
- auf die Mediation in Konfliktsituationen sowie
- auf Schulungsmaßnahmen für pflegende Angehörige in Form von Kursen bzw. individueller, ambulanter und mobiler Beratung..

## **Familienbetreuung**

Bei kurzzeitigem, d.h. vier- bis maximal achtwöchigem Ausfall der Mutter aufgrund einer akuten Erkrankung, der Geburt eines Kindes, physischer und/oder psychischer Überlastung der Mutter, etc. wird von den Sozialstationen eine entsprechend ausgebildete Familienhelferin zur Seite gestellt, die die Familie unterstützt und betreut, um die schwierige Lebenssituation zu überbrücken und den gewohnten Lebensrhythmus der Familie aufrecht zu erhalten. Die Ausbildung und das Berufsbild der FamilienhelferInnen sind im *NÖ Alten-, Familien- und Heimhelfergesetz* geregelt. Zu den Diensten der FamilienhelferInnen zählen demnach insbesondere die Haushaltsführung und Versorgung der Familienmitglieder, die Kinderbetreuung und –beaufsichtigung, die Entlastung der Betreuungsperson und ihrer Angehörigen, die Begleitung und Unterstützung bei der Bewältigung von Krisensituationen, die Beratung und Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Einrichtungen und Diensten und die Zusammenarbeit mit Einrichtungen im sozialen Umfeld. Die Ausbildung zum Familienhelfer erfolgt in geeigneten Ausbildungseinrichtungen, insbesondere Fachschulen für Familienhilfe. Diese Einrichtungen müssen von der NÖ Landesregierung bescheidmäßig anerkannt sein und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der NÖ Landesregierung

entsprechen. Die Kosten für die, von drei Trägervereinen<sup>124</sup> angebotene Familienbetreuung sind in Abhängigkeit vom Einkommen sozial gestaffelt und betragen mindestens 2,90 Euro pro Stunde.

Das Angebot der *Familienintensivbegleitung*<sup>125</sup> der „Zentren für Beratung und Begleitung“ des NÖ Hilfswerks besteht in einer langfristigen und intensiven Betreuung von Familien mit problematischen Strukturen, die das Wohl ihrer Kinder nicht selbst gewährleisten können. Die therapeutisch-beraterische Unterstützung und lebenspraktische Förderung der Alltagsorganisation durch FamilienintensivbegleiterInnen (PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, PädagogInnen) soll verhindern, dass Kinder aus gewohnten Strukturen herausgerissen und in einem Heim untergebracht werden müssen. Die Familienintensivbegleitung erfolgt über Zuweisung durch die zuständige Bezirkshauptmannschaft und in Kooperation mit den Jugendabteilungen. Sie wird vom NÖ Hilfswerk in den Bezirken Baden, Bruck/Leitha, Gmünd, Waidhofen/Thaya und Zwettl angeboten.

### **Essen auf Rädern**

Essen auf Rädern besteht in der Zustellung von fertigen Mahlzeiten und ist somit eine Dienstleistung für ältere, kranke und/oder pflegebedürftige Personen, die auf Dauer oder vorübergehend nicht in der Lage sind, sich selbst mit Mahlzeiten zu versorgen. Die Menüangebote (Auswahl zwischen Normalkost und verschiedenen Diäten), die Preise und die Frequenz der Zustellung variieren je nach Anbieter (Gemeinden sowie alle 5 Trägervereine sozialer Dienste).

### **Notruftelefon**

Das Notruftelefon bietet die Möglichkeit, mithilfe eines am Körper getragenen Funksenders und eines entsprechenden Zusatzgerätes auf Knopfdruck einen über Lautsprecher und Mikrofon übertragenen telefonischen Kontakt zu der Notrufzentrale des Trägervereines bzw. einer Vertrauensperson<sup>126</sup> herzustellen. Die Notrufzentralen sind rund um die Uhr

---

<sup>124</sup> Caritas der Diözese St. Pölten, Caritas der Erzdiözese Wien, NÖ Hilfswerk

<sup>125</sup> Quelle: Homepage des NÖ Hilfswerks (niederösterreich.hilfswerk.at), Stand 30.01.2003

<sup>126</sup> Welche Telefonverbindung hergestellt wird, hängt von der individuellen Vereinbarung mit dem Klienten (Reihenfolge der gespeicherten Nummern) bzw. dem Organisationsmodell des Leistungsträgers ab.

besetzt und verfügen über die im Notfall relevanten Daten der Klienten. Je nach Situationserfordernis werden von den Notrufzentralen die entsprechenden Hilfsmaßnahmen (Verständigung einer Vertrauensperson bzw. des Rettungsdienstes) in die Wege geleitet. Um Hilfspersonen Zutritt in die Wohnung zu verschaffen, haben die Klienten die Möglichkeit, den Schlüssel bei einer in der Nähe wohnenden Kontaktperson, in einem Schlüsselsafe vor der Haus-/Wohnungstür und/oder im Schlüsseldepot<sup>127</sup> der Trägerorganisation zu deponieren.

Die Installation und Wartung sowie das Betreiben der Notruftelefone wird in NÖ von den Trägerorganisationen sozialer Dienste sowie von der Firma „LifeCall“ angeboten. Die Kosten setzen sich aus einer einmaligen Installationsgebühr und monatlichen Mietkosten zusammen, die Preisgestaltung variiert je nach Anbieter. In Abhängigkeit von der Einkommenssituation gewährt das Land NÖ einen Mietkostenzuschuss<sup>128</sup>.

---

<sup>127</sup> Diese Möglichkeit wird nicht von allen Trägerorganisationen angeboten.

<sup>128</sup> Ausgenommen bei Klienten der Firma „LifeCall“.

# Teil B

## Kapitel 3

### **"Komplementäre" Dienste und Einrichtungen in den Versorgungsbereichen „Selbstversorgung und Wohnen“, „Tagesgestaltung und Kontaktfindung“ und „Arbeit und Ausbildung“ sowie Selbsthilfeorganisationen**

#### Übersicht

B.3.1 "Komplementäre" Dienste und Einrichtungen in den Bereichen "Selbstversorgung und Wohnen", "Tagesgestaltung und Kontaktfindung" sowie "Arbeit und Ausbildung"

B.3.2 Selbsthilfe

B.3.2.1 Betroffenen Selbsthilfe

B.3.2.2 Angehörigen Selbsthilfe

# **Teil B**

## **Kapitel 3.1**

### **"Komplementäre" Dienste und Einrichtungen**

Übersicht

Aussagen des NÖ Psychiatrieplan 1995

Evaluation 2003

B.3.1.1 Zielgruppe

B.3.1.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen

B.3.1.3 Empfehlungen für die Weiterentwicklung

B.3.1.3.1 Generelle Empfehlungen

B.3.1.3.2 Empfehlungen im Detail

B.3.1.3.2.1 Bereich Selbstversorgung und Wohnen

B.3.1.3.2.2 Bereich Tagesgestaltung und Kontaktfindung

B.3.1.3.2.3 Bereich Arbeit und Ausbildung

## Übersicht zu "B.3.1 Dienste und Einrichtungen in den Versorgungsbereichen 'Selbstversorgung und Wohnen', 'Tagesgestaltung und Kontaktfindung' und 'Arbeit und Ausbildung'"

In diesem Kapitel geht es um Hilfen in den traditionell als „Wohnen, „Arbeit/Tagesgestaltung“ und „Freizeit“ bezeichneten Bereichen (siehe NÖP95). Diese Hilfen sind in erster Linie, aber nicht nur, für Personen mit komplexen psychiatrischen Beeinträchtigungen vorgesehen. Damit sind erwachsene<sup>129</sup>, inklusive alte Personen gemeint, die ihre psychisch bedingten Behinderungen und sozialen Handicaps weder selbstständig noch mit dem ihnen verfügbaren Angebot an ambulanten fachärztlichen und/oder psychotherapeutischen Hilfen bzw. anderen nicht psychiatrischen, privat und professionell organisierten sozialen Hilfen in ihrem Lebensfeld bewältigen können.

Für die im Folgenden unterbreiteten Empfehlungen werden - der allgemeinen Entwicklung auf diesem Gebiet entsprechend – folgende Prinzipien verfolgt:

- Förderung der Teilhabe am normalen gesellschaftlichen Leben
- Sicherstellung einer *personenzentrierten* Unterstützung
- Wohnortkonstanz
- Längerfristigkeit der Unterstützung bei fluktuierender Intensität des Bedarfes
- Verbesserung der Lebensqualität durch Förderung von Selbstbestimmung, Partizipation und Empowerment
- Flexibilisierung und Deinstitutionalisierung der professionellen Hilfen

Im Gegensatz zur oben genannten und im NÖP 95 verwendeten traditionellen Einteilung dieser Hilfen in die getrennten Bereiche „Wohnen“, „Arbeit und Tagesgestaltung“ und „Freizeit“ (die zum Teil unterschiedlichen Finanzierungsmechanismen unterliegen) wurde hier ein funktional ausgerichtetes

---

<sup>129</sup> Ab dem vollendeten 18. Lebensjahr

Modell gewählt, das eine Verzahnung dieser Bereiche impliziert. Gleichzeitig werden hier die folgenden neuen Definitionen der Bereiche gewählt, in denen die intendierte Verzahnung besser zum Ausdruck kommt:

- Selbstversorgung und Wohnen
- Tagesgestaltung und Kontaktfindung
- Arbeit und Ausbildung

Bei der praktischen Umsetzung der Hilfen in diesen Bereichen sollen mittels individueller Hilfepläne bedarfsgerechte Komplexleistungsprogramme erstellt und anschließend unter Nutzung aller relevanten Versorgungsressourcen in einer abgestimmten und koordinierten Weise umgesetzt werden.

Für die Erbringung der Leistungen sollte soweit wie möglich auf Poollösungen im Personalmanagement zurückgegriffen werden, d.h. dass Betreuungspersonal auf Teilzeitbasis gleichzeitig in verschiedenen Bereichen tätig ist, und zwar sowohl in mehreren oder allen hier definierten Bereichen als auch in anderen Bereichen (z.B. im Psychosozialen Dienst). Folgende Vorteile können dadurch erwartet werden:

- synergetischer Effekt durch effizienten Einsatz der professionellen Ressourcen,
- psychohygienischer Effekt als Burn-out-Prophylaxe durch mehr Abwechslung im praktischen Betätigungsfeld der einzelnen Mitarbeiter,
- motivationaler Effekt durch verstärkte Einzelfallverantwortung,
- koordinationsfördernder Effekt durch Kennenlernen der verschiedensten Unterstützungsbereiche der individuellen Komplexleistungsprogramme.

Die koordinierte Umsetzung in Form von Einzelfallmanagement (Case-Management) sollte dabei ein nahtloses Ineinandergreifen der Maßnahmen gewährleisten.

Nimmt man die im NÖP 95 Orientierungszahl für betreutes Wohnen (0,3 - 0,4 Plätze/1000 EW) als Orientierungsziffer für „betreutes Wohnen“, so kann derzeit ein Bedarf von 464 - 618 Plätzen für ganz Niederösterreich abgeleitet werden. Durch die Anwendung der vom ÖBIG<sup>130</sup> ausgewiesenen Richtwerte (0,5 - 0,7 Plätze/1000 EW) erhöht sich diese Bedarfsschätzung auf 773 - 1082 Plätze. Im Bereich der Arbeit beträgt der geschätzte Bedarf laut ÖBIG 464 - 773 Plätze (0,3 - 0,5 Plätze/1000 EW) und im Bereich der Tagesstruktur 464 - 618 Plätze (0,3 - 0,4 Plätze/1000 EW).

Im Bereich des Wohnens wurde mit dem in Niederösterreich im Zeitraum von Februar bis April 2002 erfassten Ist-Stand von 710 Plätzen einerseits die Maximalforderung im NÖP 95 um rund 15% überschritten und andererseits auch rund 92% der ÖBIG-Minimalforderung an betreuten Wohnplätzen erfüllt.

Im Bereich der Tagesstruktur bewegten sich die im Zeitraum von Dezember 2001 bis Jänner 2002 (Aktualisierungen bis Juli 2002) gemeldeten 520 Plätze um 12% über der vom ÖBIG geforderten Minimalforderung.

Im Bereich der Arbeit wurden - im Zeitraum von Dezember 2001 bis Jänner 2002 - 90<sup>131</sup> Arbeitstrainingsplätze und 232<sup>132</sup> Arbeitsassistentenplätze gemeldet. Über die Anzahl der Personen, die aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigung in einem geschützten Arbeitsverhältnis beruflich tätig sind, wurden für die vorliegende Evaluation keine Daten erhoben. Insbesondere im Bereich der Arbeit und Ausbildung zeigt sich eine große Heterogenität in den Versorgungsstrukturen, den Bezeichnungen und den Finanzierungsmodalitäten, was die Aussagekraft von Bedarfswerten als Bewertungsgrundlage des Angebotes relativiert. Führt man für NÖ dennoch einen Vergleich des Ist-Zustands von 90

---

<sup>130</sup> Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Struktureller Bedarf in der psychiatrischen Versorgung, 1998.

<sup>131</sup> Nicht alle dieser Arbeitstrainingsplätze werden ausschließlich für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen vorgehalten.

<sup>132</sup> Exklusive Arbeitsassistentenplätze für Personen mit intellektueller Behinderung

Arbeitstrainingsplätzen mit den Minimalanforderungs-Zahlen des ÖBIG durch, wären in NÖ nur knapp 20% des minimalen Bedarfes an betreuten Arbeitsplätzen erfüllt. Bei Hinzuzählen der 232 Arbeitsassistentenplätze, bei denen es sich allerdings um ambulant erbrachte Leistungen für Arbeitnehmer mit psychischen Beeinträchtigungen handelt, würde sich dieser hypothetische Deckungsgrad auf rund 69% erhöhen. In diesen Ist-Zahlen sind Qualifikations- und Beschäftigungsprojekte im Rahmen des Nö. Territorialen Beschäftigungspakts (TEP) sowie geschützte Arbeitsplätze nicht inbegriffen. Beide Maßnahmen können auch von Personen mit psychischen Behinderungen in Anspruch genommen werden, stellen aber keine spezialisierten Angebote für diese Zielgruppe dar<sup>133</sup>.

Freilich darf dieses Angebot nicht statisch und als ein für alle Mal gegeben betrachtet werden, sondern es bedarf der regelmäßigen Anpassung.

Zum Zwecke der regionalen Bedarfsplanung und Angebotssicherung sollte durch die Schaffung von regionalen Kooperations- und Koordinations-Konferenzen, in enger Verknüpfung mit den zuständigen Landesgremien, ein systematisches Monitoring des Angebots und des Bedarfs in den Bereichen Selbstversorgung und Wohnen, Tagesgestaltung und Kontaktfindung bzw. Arbeit und Ausbildung mittels einheitlicher Dokumentationssysteme und laufend gewarteter Informationssysteme stattfinden. Dadurch könnte eine rationelle Basis für Anpassungsprozesse entstehen.

Ein wesentliches Erfolgskriterium für die Datenqualität in derartigen Dokumentationssystemen ist deren Offenheit für die Verknüpfung mit Dokumentationssystemen aus weiteren relevanten Versorgungsbereichen, wie z.B. mit der „Behinderten-Datenbank“ in der NÖ Landesabteilung GS5 (Sozialhilfe), die vom *Zentrum für Alterswissenschaften und Sozialpolitikforschung (ZENTAS)* erstellt wurde und gewartet wird.

### **Aussagen des NÖ Psychiatrieplans 1995 (NÖP 95)**

*Im NÖP 95 wurde festgestellt, dass es durch laufend entstehende neue Dienste und Einrichtungen eine etwas unübersichtliche Entwicklung im komplementären*

---

<sup>133</sup> Bei den TEP-Projekten ist der Anteil von Personen mit psychischen Behinderungen noch recht gering. Bei den geschützten Arbeitsplätzen liegen keine genaueren Schätzungen vor.

*Versorgungsbereich gab. Diese eher ungesteuerte Diversifikation schien mit einer steten Reduzierung der Plätze für psychiatrische Langzeitpatienten in den beiden psychiatrischen Landesnervenkliniken in Zusammenhang zu stehen, wobei vermutet wurde, dass nicht zuletzt Kostengründe für diese Entwicklung verantwortlich zeichneten.*

*Im NÖP 95 wurde empfohlen, auf vorhandenen Einrichtungen aufbauend und pragmatische Machbarkeitsaspekte mitberücksichtigend, folgende Versorgungsbereiche zu fördern bzw. auszubauen:*

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

## **Wohnen**

*Die Analyse des Ist-Standes im NÖP 95 ergab insgesamt 174 Wohnplätze, die sich auf ein Langzeitwohnheim in Schiltern, Wohngemeinschaften in Amstetten, Baden, Langenlois, Mistelbach, Säusenstein und Traiskirchen sowie ATZ-Wohnmöglichkeiten in Langenlois verteilen. Außerdem waren noch die bis 1995 in Betrieb genommenen 8 Betreuungsstationen, die als in Landesheimen integrierte Wohneinheiten speziell für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen konzipiert wurden, verfügbar (Baden, Gänserndorf, Hainfeld, Himberg, Mistelbach, Wallsee, Waidhofen/Ybbs und Weitra).*

*Die detailliertere Ermittlung von weiteren Standorten und des Bedarfs an Betreuungsplätzen und Personal sollte unter Berücksichtigung auszubauender bzw. umzuwandelnder bestehender Einrichtungen gemeinsam mit der im NÖP 95 vorgeschlagenen Psychiatrieplanungsagentur erfolgen. Deshalb wurden keine standortmäßigen Ausbauziele genannt.*

*Die Orientierungsziffer für betreutes Wohnen im Niederösterreichischen Psychiatrieplan 1995 umfasste für die damals geltende Bevölkerungszahl (1.473.813 EW) 500 – 600 Plätze für ganz Niederösterreich, was einer Rate von 0,34 - 0,41 Plätze/1000 EW entsprach. Dabei sollten die vollbetreuten Wohnformen einerseits und die teilweise bzw. nicht betreuten Wohnplätze andererseits in einem Verhältnis von 3 : 1 stehen. Abgeleitet wurden diese Bedarfswerte aus damaligen Personaleinschätzungen zur Entlassbarkeit von stationären Langzeitpatienten in komplementäre Einrichtungen. Bei optimaler Realisierung des Psychiatrieplanes in einem veranschlagten Zeitraum von 10 - 15 Jahren und dem damit einhergehenden verstärkten Ausbau von gemeindenahen regionalisierten Diensten und Einrichtungen wurde als vermutliche Orientierungsziffer 300 - 400 Wohnplätze angegeben. Als Maximalgröße für Wohnheime wurden 20 Plätze genannt.*

*Für die als wenig intensiv konzipierte Betreuung von psychisch Kranken bzw. betroffenen Personen in Wohnungen und Wohngemeinschaften wurde der psychosoziale Dienst (PSD) vorgeschlagen. Mit einem theoretischen Betreuungsschlüssel von 1 Betreuer : 3 Bewohner wurde im Vergleich zur Vollhospitalisierung eine deutliche Einsparung antizipiert.*

*Darüber hinaus sollten für wohnungslose Personen mit psychischen Beeinträchtigungen Obdachlosenunterkünfte und Notschlafstellen verfügbar gemacht werden.*

*Für alte Personen mit psychischen Beeinträchtigungen wurde die Adaption geeigneter Wohnmöglichkeiten in Alten- und Pflegeheimen empfohlen. Allerdings mit der Hauptzielrichtung, dass diese Personen möglichst lange in ihrer natürlichen Umgebung bleiben können.*

*Für Personen mit besonders schweren psychischen Beeinträchtigungen wurde die Schaffung besonders personalintensiv ausgestatteter Wohngemeinschaften empfohlen.*

*Nicht zuletzt wurde die Familienpflege als Möglichkeit genannt, bei der bereitwillige und geeignete Familien Personen mit psychischen Beeinträchtigungen in ihr Wohn- und Lebensfeld aufnehmen.*

## ***Arbeit/Tagesgestaltung***

*Für die Bereiche Tagesgestaltung und Arbeit wurden keine Bedarfszahlen ausgewiesen, sondern deren Ermittlung als weiterführende Aufgabe der psychosozialen Arbeitsgemeinschaften gemeinsam mit der Psychiatrieplanungsagentur betrachtet.*

*Als wesentliche Elemente wurden genannt:*

- *kreative Beschäftigungstherapie*
- *Arbeitstherapie*
- *Arbeitstraining*
- *Arbeitsassistenten*
- *Geschützte Arbeitsplätze*
- *Zuverdienstfirmen*
- *Selbsthilfefirmen*
- *Plätze in der freien Wirtschaft*

*Der damalige Ist-Stand von 159 Plätzen verteilte sich auf Tagesheimstätten in Baden, Mistelbach und Schiltern, auf Arbeitstrainingsplätze in Schiltern, die Arbeitsassistenten in Wolkersdorf und ein sozioökonomisches Projekt in Baden.*

## ***Freizeit***

*Als ergänzendes niederschwelliges tagesstrukturierendes Angebot für Klienten wurden die vorhandenen Patientenclubs aufgelistet, deren tatsächlicher zukünftiger Bedarf sich aus einer dynamischen Planung nach Beginn der Regionalisierung ergeben sollte.*

*Der damalige Ist-Stand umfasste insgesamt 10 Patientenclubs (Amstetten, Brunn/Gebirge, Gänserndorf, Gmünd, Krems, Schwechat, Stockerau, St. Pölten, Tulln und Wr. Neustadt).*

## Evaluation 2003

### B.3.1.1 Zielgruppe

Als Zielgruppe für die im Folgenden beschriebenen Leistungen werden erwachsene<sup>134</sup>, inklusive alte Personen definiert, die ihre psychisch bedingten Behinderungen und sozialen Handicaps weder selbstständig noch mit dem ihnen verfügbaren Angebot an ambulanten fachärztlichen und/oder psychotherapeutischen Hilfen bzw. anderen, nicht psychiatrischen, privat und professionell organisierten sozialen Hilfen in ihrem Lebensfeld bewältigen können.

Demnach handelt es sich um Personen, die - zusätzlich zur ambulanten psychiatrischen Behandlung - psychosoziale Hilfen in einem oder mehreren der Bereiche Selbstversorgung und Wohnen, Tagesgestaltung und Kontaktfindung sowie Arbeit und Ausbildung, sowie Unterstützung bei der Abstimmung und Koordination dieser Hilfen benötigen. Derartige individuell angepassten Komplexleistungsprogramme können in der Regel von einer einzigen Stelle alleine nicht befriedigend geleistet werden. In all diesen Fällen greift allein das weiterhin anzustrebende Behandlungsziel „Heilung“ zu kurz und sollte durch die basalen Zielsetzungen der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und der persönlichen Lebensqualität ergänzt werden.

Neben der sinkenden Zahl der sogenannten *alten Langzeitpatienten* in den Landesnervenkliniken und den Heimen, für die noch systematische Enthospitalisierungsmaßnahmen vonnöten sind, steigt die Zahl der sogenannten *neuen Langzeitpatienten*, die mit ihren komplexen und fluktuierenden Hilfebedürfnissen sehr anspruchsvolle Unterstützungssysteme benötigen und die aus diesem Grund wiederholte und auch längerdauernde stationäre psychiatrische Behandlungen beanspruchen. Von SHEETS<sup>135</sup> wurde der Versuch unternommen, drei theoretische Subtypen dieser neuen Langzeitpatienten zu unterscheiden<sup>136</sup>:

---

<sup>134</sup> Ab dem vollendeten 18. Lebensjahr

<sup>135</sup> Sheets, J.L., Prevost, J.A., Reihman, J.; Young Adult Chronic Patients: Three Hypothesized Subgroups. Hospital & Community Psychiatry, Volume 33 Number 3 March 1982

<sup>136</sup> In: Hoffmann, H; Junge chronische Patienten: Wer ist hier eigentlich schwierig? In Weig, W, Cording, C. (Hrsg.); Der „schwierige“ Patient im Psychiatrischen Krankenhaus. S. Roderer Verlag, Regensburg 1998

- (a) die Low-Energy-Low-Demand-Patienten sind zumeist schon im Jugendalter mit der Psychiatrie in Berührung gekommen, sind passiv und wenig motiviert, fühlen sich in der Patientenrolle wohl (am ehesten mit den alten Langzeitpatienten zu vergleichen); sie akzeptieren ambulante Dienste und psychiatrische Programme;
- (b) die High-Energy-High-Demand-Patienten sind in ihren Stimmungen, Interessen und Beziehungen instabil, haben eine geringe Frustrationstoleranz, agieren, kommen oft mit dem Gesetz in Konflikt; sie sind häufig Drehtürpatienten, mobil und obdachlos;
- (c) die High-Functioning-High-Aspiration-Patienten sind zumeist erst kurz mit der Psychiatrie in Kontakt, oft wegen einer Suchtproblematik und stammen eher aus sozioökonomisch höheren Schichten. Sie haben ein gepflegtes äußeres Erscheinungsbild, wünschen als Patienten nicht aufzufallen und möchten sich in der Bevölkerung integrieren.

Insbesondere jene Patienten sind dabei eine große Herausforderungen für die Versorgung, die mit geringer Frustrationstoleranz, instabiler Stimmung und ablehnender Haltung ausgestattet, von einer Institution zur anderen ziehen, um das zu erhalten, was sie wollen (High-Energy-High-Demand-Gruppe). Für HOFFMANN erscheinen vertrauensbildende und -erhaltende Maßnahmen als die geeigneten, um aus dem „Teufelskreis der Hilflosigkeit“ bei der Versorgung dieser Personengruppe herauszukommen<sup>137</sup>, wozu er auch niederschwellige Angebote mit Kontaktstellenfunktion, wie z.B. Patientenclubs, zählt.

---

<sup>137</sup> §

### **B.3.1.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen**

Für psychisch behinderte Personen mit einem längerfristig andauernden, aber auch stark wechselnden Hilfebedarf, ist die niederschwellig organisierte Kontinuität von Hilfeleistungen direkt im Lebensfeld der Betroffenen von zentraler Bedeutung. Im Vordergrund sollte dabei eine tertiärpräventive Ausrichtung der Lebens- und Unterstützungsformen stehen, die zum Ziel hat, individuelle Entwicklungsmöglichkeiten zu fördern und die krankheitsbedingten Benachteiligungen in der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben möglichst zu minimieren bzw. auszugleichen.

Der Beachtung von gesundheitsfördernden Lebensqualitätskonzepten als Grundlage für eine optimale Versorgungsplanung dieser Personen kommt dabei ein großes Gewicht zu. Diese integrierte Planung individueller Lebensentwürfe und die Sicherstellung eines möglichst dauerhaften Verbleibens in einem selbstgewählten Lebensfeld setzt die kontinuierliche Partizipation der Betroffenen selbst und deren Angehörigen voraus. Erst durch diese umfassende Partizipation können individuelle Unterstützungsleistungen so abgestimmt und umgesetzt werden, dass eine angemessene und möglichst hohe Lebensqualität für die jeweilige Person erreichbar wird.

Bei der Ausrichtung der Versorgungsplanung für psychisch behinderte Personen sind deshalb zwei Fragen von richtungsweisender Bedeutung, in denen nach der individuellen Lebensform und nicht nach der individuellen Krankheitsform gefragt wird:

- (1) Wo im Gemeinwesen sollen Menschen mit längere Zeit andauernden psychiatrischen Erkrankungen und Behinderungen leben?
- (2) Wie sollen sie leben?

Diese Fragen sind deshalb von so zentraler Bedeutung, weil es sich bei der hier betrachteten Zielgruppe um Personen handelt, deren krankheitsbedingte psychosoziale Behinderungen über lange Zeiträume, mitunter ein ganzes Leben lang, aber oft mit unterschiedlichen und wechselnden Ausprägungen bestehen bleiben können. Anders als bei Personen mit

hauptsächlich akuten und zeitlich begrenzten Krankheitsverläufen, rückt hier die Frage nach der individuellen Lebensform, Lebensqualität und Lebensplanung an die oberste Stelle.

### **Gemeindepsychiatrische Grundhaltung**

Deshalb wurde im NÖP 95 und auch in der vorliegenden Evaluation von einer gemeindepsychiatrischen Grundhaltung ausgegangen, bei der die Realisierung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben durch möglichst selbstgewählte, normale Wohnformen das wichtigste Ziel ist. Je umfassender diese Teilhabe und Integration gelingt, desto weniger besteht die Notwendigkeit, speziell geschützte Einrichtungen zu schaffen und zu erhalten, und desto notwendiger werden personenorientierte, flexibel und mobil arbeitende Dienste, die rechtzeitig im Lebensfeld und im Notfall jederzeit verfügbar sind. In welchem Ausmaß und mit welchen Aufgaben es bei voll funktionstüchtigen Diensten im Lebensfeld noch einen zusätzlichen Bedarf an speziell geschützten Einrichtungen geben wird, lässt sich derzeit nicht abschätzen, sondern kann nur durch laufende Begleitevaluationen über ausreichende Zeiträume hinweg festgestellt und immer wieder aktualisiert werden.

### **Soziodemografische Strukturparameter der Region**

Die Integrationsmöglichkeiten für psychisch behinderte Personen in das normale soziokulturelle Leben in den Bereichen Wohnen, Sozialkontakte, Arbeit, Kultur und Freizeit stehen in engem Zusammenhang mit den soziodemografischen und strukturellen Gesamtressourcen in der jeweiligen Versorgungsregion. Einkommensstruktur, Beschäftigungsrate, Wohlstand, Infrastruktur und andere soziodemografische Parameter nehmen Einfluss auf das jeweilige regionale Integrationspotenzial. Diesbezüglich haben strukturstärkere Regionen deutlich mehr Möglichkeiten als strukturschwächere Regionen. In der vorliegenden Evaluierung konnten jedoch diese regionalen Parameter nicht gesondert analysiert werden. Sie werden aber bei der detaillierten Bewertung des Entwicklungsstandes einer Versorgungsregion und bei der zukünftigen regionalen Weiterführung der Planung immer auch mit zu berücksichtigen sein.

## **Finanz- und leistungsrechtliche Rahmenbedingungen**

Da die spezifischen finanzierungs- und leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen maßgebliche Vorgaben und Anreize für die quantitative und qualitative Weiterentwicklung in den gegenständlichen Versorgungsbereichen setzen, werden sie in der vorliegenden Evaluation mitberücksichtigt und in ihren Auswirkungen auf die Versorgungspraxis analysiert.

### **VERFÜGBARKEIT UND LEISTUNGSQUALITÄT SÄMTLICHER (AUCH NICHT PSYCHIATRISCHER) DIENSTE UND EINRICHTUNGEN**

Das gesamte psychiatrische Versorgungssystem einer definierten Versorgungsregion kann nur unter Berücksichtigung der Verfügbarkeit und der Leistungsqualität sämtlicher relevanter Dienste und Einrichtungen in seiner Effektivität und Bedarfsgerechtigkeit bewertet werden. In subsidiärer Weise sind das sowohl vorrangig die allgemeinen medizinischen und sozialen Gemeinwesenfunktionen als auch nachfolgend die spezifisch-psychiatrischen ambulanten, teil- und vollstationären Funktionen und deren Grad an Vernetzung. Dieses, die Effektivität eines integrierten Hilfeangebotes hauptsächlich bestimmende Zusammenspiel der verschiedensten, individuell benötigten Hilfsfunktionen bestimmt die Gesamtqualität mehr als die quantitativen Ausprägungen der nur partikular wirksamen Einzelfunktionen. Deshalb wird bei der vorliegenden Evaluation des komplementären Bereichs die Perspektive der lebensfeldzentrierten Ganzheitlichkeit und Integration eingenommen.

### **SICHERUNG UND VERBESSERUNG DER LEBENSQUALITÄT**

Hauptziel ist es, durch individuell abgestimmte Unterstützungsleistungen und gesundheitsfördernde Maßnahmen, die Lebensqualität für die betroffenen Personen zu sichern, und sie dadurch in die Lage zu versetzen, trotz ihrer krankheitsbedingten Beeinträchtigungen und Handicaps die möglichst von ihnen selbst erstellten individuellen Lebensentwürfe dauerhaft umzusetzen. Lebensqualität ist ein komplexes Konzept, das die drei Bereiche „subjektives Wohlbefinden“, „Funktionieren in sozialen Rollen“ und „externe

soziale und materielle Ressourcen“ beinhaltet<sup>138</sup>. Die Sicherung und Verbesserung der Lebensqualität hat sich immer auf alle drei Bereiche zu konzentrieren, besonders auch auf die oft übersehene Sicherung und Verbesserung der materiellen Wohngegebenheiten.

Dabei ist zu beachten, dass hinsichtlich der Lebensqualität oft divergente Einschätzungen und Konzepte bei den Betroffenen, ihrem sozialen Umfeld und den professionellen Helfern bestehen. Es ist daher notwendig, die Unterstützung entsprechend abzustimmen und bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen immer auch auf die persönlichen Werte, Lebensentwürfe und die Lebensgeschichte Bezug zu nehmen.

### *Fluktuierender Unterstützungsbedarf und kontinuierliche Anpassung der Unterstützungsmaßnahmen*

Gesundheitsförderliche Unterstützungsmaßnahmen sind nicht als statische Elemente, sondern als dynamische und veränderliche Prozesse zu betrachten und einzusetzen. Was sich zu einem bestimmten Zeitpunkt für eine Person als hilfreich und stabilisierend herausstellt, kann zu einem anderen Zeitpunkt und in einem anderen Kontext wirkungslos oder gar hinderlich sein. Deshalb wird im Folgenden stets von einem fluktuierenden individuellen Unterstützungsbedarf bei psychisch behinderten Personen ausgegangen, der eine kontinuierlich stattfindende Anpassung der flexibel einzusetzenden Unterstützungsmaßnahmen und -ressourcen notwendig macht.

## **Diskriminierungsvermeidung**

Sämtliche Unterstützungsmaßnahmen haben das Ziel, psychisch behinderten Personen ein gleichberechtigtes Leben ohne Diskriminierungen innerhalb der existierenden sozialen Umwelt zu ermöglichen.

---

<sup>138</sup> Katschnig H, Freeman H., Sartorius N (Eds): Quality of Life in Mental Disorders. John Wiley and Sons, Chichester New York 1997.

### **B.3.1.3 Empfehlungen für die Weiterentwicklung**

Die in diesem Abschnitt formulierten Empfehlungen haben den Charakter von Rahmenempfehlungen, die sich aus den Leitlinien des NÖP 95 speziell für den komplementären Bereich ableiten lassen. Konkrete Umsetzungsempfehlungen sind im Hauptteil dieses Kapitels enthalten.

Die bisherige psychiatrische Versorgungspraxis in Niederösterreich konzentrierte sich hauptsächlich auf die stationäre Akut- und Langzeitversorgung durch die zwei großen Landesnervenkliniken in Mauer und Gugging, um die herum und an die sich komplementäre Einrichtungen und Dienste angliedern. Bei der Entwicklung dieser komplementären Dienste und Einrichtungen ging es nicht nur darum, eine breit gefächerte Verfügbarkeit an Angeboten zu erlangen, sondern auch darum, psychisch behinderte Personen darin zu befähigen, diese Angebote bedarfsgerecht nutzen zu können. Diese Förderung der persönlichen Befähigung ist weiterhin das Ziel von soziotherapeutischen Maßnahmen, die neben dieser Integrationsfunktion auch ein effektives Instrument zur Rezidivprophylaxe darstellen.

Gleichlaufend mit der planmäßigen Regionalisierung der Akutversorgung, der seit 1997 geltenden Spitalsfinanzierung (LKF) und einer konsequenten Gemeindeorientierung verlagert sich neuerdings der Schwerpunkt der Versorgungsleistungen für Langzeitpatienten weg von den traditionellen stationären Behandlungs- und Pflegezentren hin in das Lebensfeld der Betroffenen.

Der Lerneffekt von rehabilitativen und unterstützenden Maßnahmen in vivo, also in der konkreten Alltagssituation, ist erwiesenermaßen auch deutlich stärker als jener in stationären Settings, da der Transfer des Erlernten von einer Institution in das Lebensfeld zumeist nur mangelhaft gelingt.

Im Zuge dieser Entwicklung sind die hier diskutierten Versorgungsaufgaben nicht mehr als ausschließlich der stationären Behandlung nachgeschaltete - nämlich zur stationären Behandlung „komplementäre“ - Leistungen zu betrachten, sondern als eigenständige psychosoziale Rehabilitations- und Reintegrationsfunktionen, die der Krankenhausbehandlung in ihrer Relevanz *gleichwertig* sind. Durch diese Personen- bzw. Lebensfeldorientierung wird, als ein tertiärpräventiver Outcome-Effekt, auch ein Rückgang

der stationären Wiederaufnahmerate und eine Verbesserung der Lebensqualität dieser Zielgruppe von komplex beeinträchtigten Personen erwartet.

Durch die angestrebte Integration der psychiatrischen Versorgung in das System der allgemeinen Gesundheitsversorgung und die Schwerpunktverlagerung von stationären auf ambulante und mobile Versorgungsstrukturen gibt die stationäre Psychiatrie immer mehr ihre zentrale Position auf und gliedert sich in ein umfassendes Versorgungssystem einer Region als einer von vielen Leistungsträgern ein. Diese Entwicklung bedeutet einen Paradigmenwechsel innerhalb der sogenannten komplementären Versorgungsplanung und -umsetzung.

### **B.3.1.3.1 Generelle Empfehlungen**

#### **Funktionales Versorgungsmodell**

Die der komplementären psychiatrischen Versorgung zugrunde liegenden Versorgungsstrukturen können nach KAUDER<sup>139</sup> folgenden drei Modellen zugeordnet werden, wobei die ersten beiden einrichtungszentrierten Modelle eine modulare bzw. lineare Aufbausystematik verfolgen und im dritten, personenzentrierten Modell mehr der funktionale Netzwerkaufbau zum Tragen kommt:

#### **(1) Bausteinmodell**

Nach diesem Modell verfügt eine Versorgungsregion über eine Palette an Einrichtungstypen, die an den (teil-)stationären Spitalsbereich angegliedert sind. Die Einrichtungen entsprechen *maßnahmenhomogenen Kästchen* bzw. Bausteinen mit fixer Angebots- und Personalstruktur und stimmen ihre Leistungen auf eine vorgegebene Zielgruppendefinition ab. Die für einen bestimmten Einrichtungstyp *geeigneten* Patienten werden diesem zugeordnet.

---

<sup>139</sup> Volker Kauder AKTION PSYCHISCH KRANKE (HG.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. 4. Aufl., Psychiatrie-Verlag, Bonn 2001 (Psychosoziale Arbeitshilfen ; 11)

## **(2) Rehabilitationskette (“Step-by-Step-Modell”)**

Dieses Modell entspricht in seinem modularen Aufbau einzelner Versorgungseinrichtungen dem „Bausteinmodell“, ergänzt dieses aber durch kettenförmige Verknüpfungen zwischen den vorhandenen Behandlungs- und Rehabilitationseinheiten. Es handelt sich dabei um ein hierarchisch aufgebautes Stufensystem von Einrichtungstypen, die jeweils eine fixe Angebotsstruktur für eine weitgehend homogene Zielgruppe anbieten. Bei verändertem Hilfebedarf müssen die Patienten in den jeweils nächsten, entweder intensiver bzw. weniger intensiv betreuten Einrichtungstyp mit dem entsprechenden Pauschalangebot wechseln.

## **(3) Funktionales Modell der personen- und lebensfeldzentrierten Versorgung**

Im Zentrum dieses Modells steht die Zielsetzung, die Verfügbarkeit der im Einzelfall notwendigen Unterstützungsfunktionen so weit wie möglich direkt im persönlichen Lebensfeld der Betroffenen sicherzustellen. Das Wohnen in einer eigenen Wohnung, in der eine Person alleine oder mit Mitbewohnern lebt, wird als ein menschliches Grundbedürfnis und als eine Voraussetzung für soziale Zugehörigkeit, psychische Stabilität und Identität angesehen. Dieses individuelle Lebensfeld ist der fixe Bezugspunkt, an den die persönlichen Beziehungen und die Tagesgestaltung gebunden sind. Die Orts- und Beziehungskonstanz wird dadurch gewahrt, dass Wohnort und Unterstützung entkoppelt sind. Das heißt, die Unterstützung soll kontinuierlich erbracht werden und sich dem individuell wechselnden Bedarf anpassen, statt dass die hilfebedürftigen Personen in die aufgrund ihres aktuellen Unterstützungsbedarfes *passende* Institution übersiedeln müssen. Dabei kommt dem Qualitätskriterium der „Betreubarkeit/Unterstützbarkeit“ von individuellen Lebensräumen ebenso eine große Bedeutung zu, wie der Verfügbarkeit von ausreichend vorhandenen, qualifizierten mobil tätigen Diensten.

In der internationalen Entwicklung wurde in den letzten Jahren das Konzept der Behandlungs- und Rehabilitationskette immer mehr vom Konzept der personen- und lebensfeldzentrierten Versorgung abgelöst. Während ersteres noch von einer möglichst feingliedrigen, hierarchisch abgestuften Aneinanderreihung von unterschiedlich unterstützungsintensiven stationären,

teilstationären, ambulanten und komplementären Angeboten ausging, so stellen die neuen Modelle die netzwerkartig verknüpfte Verfügbarkeit von individuell angepassten, d.h. personenbezogenen Hilfen im jeweiligen Lebensfeld der Betroffenen in das Zentrum.

Die professionellen Hilfen sind dabei prinzipiell vom individuellen Wohnen zu entkoppeln, d.h. die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen soll nicht mit dem Verzicht auf das individuelle Wohnrecht einhergehen. Erst durch diese Entkoppelung kann es letztlich gelingen, die langfristige Kontinuität der Hilfen bei zumeist wechselndem Unterstützungsbedarf und Wechsel der Kostenträgerschaft möglich werden zu lassen, ohne dass die Hilfeempfänger zwischen den entsprechenden Helfefeldern wechseln müssen, und dadurch die sicherheitsbietende und identitätsstiftende Orts- und Beziehungskonstanz im Lebensfeld der Hilfeempfänger gefährdet wird.

Dieser neuen Entwicklung Rechnung tragend wird hier der komplementäre Versorgungsbereich nicht mehr in seinem modularen Aufbau mit benötigten Einrichtungen und Diensten betrachtet. Statt dessen stellt sich im Rahmen der hier angewandten, funktionalen Betrachtungsweise die Frage, welche individuell abgestimmten Unterstützungsleistungen im Einzelfall nötig sind, welchen Bereichen sich diese Leistungen zuordnen lassen, und wie die bedarfsgerechte Leistungserbringung für eine definierte Zielgruppe regional gewährleistet werden kann.

Inwieweit es dadurch möglich sein wird, auch schwerstbeeinträchtigte Patienten in individualisierten Lebensfeldern dauerhaft zu versorgen, wird sich erst durch Begleitevaluationen schlüssig feststellen lassen. Durch eine *ausbalancierte Vorgangsweise* zwischen sicherheitsbietenden und autonomiefördernden Zielsetzungen und Unterstützungsmaßnahmen könnte letztlich der jeweils optimale individuelle Hilfeplan realisiert werden.

## **Lebensfeldzentrierte Unterstützungsbereiche**

Es hat sich erwiesen, dass langfristig bestehende psychische Erkrankungen viele Fähigkeiten der Betroffenen zur befriedigenden Lebensplanung und -gestaltung einschränken, insbesondere im Bereich der Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung, zur Strukturierung des

Tagesablaufs, zum Aufbau und zur Pflege sozialer Kontakte, zur Erfüllung beruflicher Anforderungen und nicht zuletzt zur Nutzung medizinischer, sozialer und kultureller Angebote. Bezug nehmend auf das bereits zitierte Konzept der *Personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung*<sup>140</sup> werden deshalb im vorliegenden Modell statt des bisher *komplementär* genannten Bereichs folgende funktionale Beschreibungen von Unterstützungsleistungen übernommen, in denen die beschriebenen Fähigkeitseinschränkungen Berücksichtigung finden<sup>141</sup>:

- (1) Unterstützungsleistungen im Bereich der Selbstversorgung und des Wohnens
- (2) Unterstützungsleistungen im Bereich der Tagesgestaltung und Kontaktfindung
- (3) Unterstützungsleistungen im Bereich der Arbeit und Ausbildung

Die hier aufgelisteten Versorgungsbereiche sind als individuelle Wegweiser bei der Feststellung des individuellen Unterstützungsbedarfs und der Planung der angepassten Unterstützungsleistungen zu verstehen und sind deshalb eng miteinander verzahnt. Zusätzlich müssen sie auf der individuellen Fallebene noch durch die ambulanten Leistungen zur psychiatrischen Grundversorgung und zur therapeutischen Spezialversorgung ergänzt werden. Neben der Bündelung aller speziellen psychiatrischen Versorgungsmaßnahmen zu einem *Komplexleistungsprogramm* sollten in einer ganzheitlichen und normalisierenden Weise auch alle anderen allgemein verfügbaren medizinischen und sozialen Angebote im Rahmen der individuellen Hilfepläne integriert werden.

Im Sinne der Subsidiarität und Normalisierung der Hilfen sollte dabei im Einzelfall das Ziel angestrebt werden, möglichst mit den allgemein verfügbaren, ambulanten Unterstützungsangeboten auszukommen und erst wenn diese nicht mehr ausreichen, diese durch speziell psychiatrische Leistungen zu verstärken. Inwieweit die verfügbare mobile Angebotsstruktur an *sozialmedizinischen und sozialen Betreuungsdiensten* in Niederösterreich den so hergeleiteten Bedarf bezirksweise auch decken könnte, war in dieser Evaluation kein Untersuchungsgegenstand, erscheint aber schlussendlich in der Zusammenschau mit den

---

<sup>140</sup> ebenda S. 37f

<sup>141</sup> Die ebenfalls in diesem Konzept vorgesehenen Leistungen zur ambulanten psychiatrischen Grundversorgung und die speziellen Therapieformen wie auch die Leistungen zur Koordination der individuellen Hilfepläne werden im Kapitel B.5 *Ambulante und mobile Dienste auf Bezirksebene* und im Kapitel D.10 *Versorgungsplanung, -umsetzung und -organisation* beschrieben.

speziellen psychiatrischen Angeboten als Entscheidungsgrundlage für zukünftige Planungen in diesem Versorgungsbereich sehr bedeutsam.

### **Personenzentrierte Hilfeplanung**

Der zentrale Prozess für die Planung und nahtlose Bündelung der im Einzelfall notwendigen Unterstützungsleistungen zu integrierten Komplexleistungsprogrammen ist die Erstellung individueller, zielgerichteter Hilfepläne und deren koordinierte Umsetzung auf der Basis strukturierter und möglichst standardisierter Instrumente zur Bedarfserhebung und Leistungsdokumentation, wie sie das zitierte Konzept der *personenzentrierten Hilfen* vorsieht.

Anhand dieser Pläne werden im Einzelfall systematisch für alle Lebens- und Unterstützungsbereiche aus der gegenwärtigen Wohn-, Lebens- und Arbeitssituation die anzustrebenden Situationen abgeleitet und operational dargestellt. Für die Erstellung und die Gewährleistung der Umsetzung dieser Pläne sollten geeignete Hilfeleistungs- und Koordinationsstrukturen hergestellt werden, wobei die bestehenden Ressourcen an dieser Zielsetzung ausgerichtet werden sollten.

Auf Bezirks- bzw. Sektorebene könnten diese individuellen Hilfepläne dann durch die psychosozialen Dienste in abgestimmter Form mit den Betroffenen selbst und allen relevanten Personen erstellt und im jeweiligen individuellen Lebensfeld unter Nutzung aller relevanten zusätzlichen Hilferessourcen umgesetzt werden. Der in Niederösterreich aufgebaute Psychosoziale Dienst (PSD) könnte auf diese Weise - bei entsprechender Erweiterung seiner Mittelzuteilung und in engster personeller Kooperation mit den verfügbaren sozialmedizinischen und sozialen Betreuungsdiensten und dem niedergelassenen Bereich - die Zuständigkeit für ein „intensives Case-Management“ mit subsidiären<sup>142</sup> Eigenleistungen in den Kernversorgungsaufgaben übernehmen (siehe Kap. B.2.3).

Die individuellen Case-Management-Leistungen des Psychosozialen Dienstes sollen prinzipiell zeitlich unbegrenzt erfolgen. Für die Sicherstellung der direkten Versorgungsleistungen wäre es nahe liegend, dass sich der PSD der ambulanten

---

<sup>142</sup> Unter Subsidiarität wird hier verstanden, dass - neben der Planung und dem Umsetzungsmanagement der individuellen Hilfepläne - der PSD auch für die Erbringung jener direkten Hilfeleistungen zuständig sein sollte, die vom allgemein verfügbaren ambulanten Versorgungsnetz alleine nicht in einer angemessenen Weise realisiert werden können.

sozialmedizinischen und sozialen Betreuungsdienste des Bezirks bedient, deren fachliche Kompetenz zu diesem Zweck erweitert werden müsste (siehe Kap. D.2 „Personalentwicklung“).

Die Effizienz der aus dieser Reorganisation resultierenden Kostensteigerung durch einen mittel- bis längerfristigen Rückgang der Inanspruchnahmen von stationären Diensten und Einrichtungen in dieser Zielgruppe müsste allerdings durch entsprechende Begleitevaluationen erst bewertet werden.

Die hier vorgestellten personen- und lebensfeldzentrierten Case-Management-Aufgaben des Teams können vereinfacht und zusammengefasst auf die Formel der *aufklärenden und strukturierend begleitenden Unterstützung* gebracht werden, wobei bei der Leistungserstellung auf die evidente Methode der integrierten Rehabilitation und Reintegration, wie sie unter anderem in den zitierten *personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung* dargestellt sind, zurückgegriffen werden soll.

Die nötigen Hilfeleistungen sollten dabei von Case-Managern in einer ganzheitlichen Weise und soweit als möglich im Lebensfeld der Klienten und unter Einbindung der Betroffenen selbst und deren relevanter Bezugspersonen geplant werden. Alle notwendigen Unterstützungsleistungen werden dann zu einem integrierten Komplexleistungsprogramm gebündelt und letztlich unter Einbindung aller geeigneten Leistungsträger zur Umsetzung gebracht, um anschließend in gleicher systematischer Weise die Ergebnisse zu bewerten und daran die neuen Unterstützungspläne anzupassen. Allerdings könnten auch Übergangs- und Mobilisierungshilfen (Enthospitalisierung) als Hilfestellungen in Einrichtungen vereinbart werden.

## Lebensfeldzentrierte Leistungserbringung

In der bisherigen Versorgungspraxis war eine große Diskrepanz zwischen den einerseits stationär und den andererseits ambulant und mobil angebotenen Leistungen evident. Ein unverhältnismäßig großer Anteil der bisherigen Unterstützungsleistungen entfiel auf das auf Behinderten- und Rehabilitationseinrichtungen beschränkte Angebot, und kaum etwas davon wurde bedarfsgerecht in den Lebensmittelpunkt der psychisch behinderten Personen transportiert. Nicht zuletzt aufgrund dieses Fehlens an lebensfeldzentrierten und niederschweligen Unterstützungsangeboten, musste in der Vergangenheit jemand immer dann in komplementäre Einrichtungen wechseln, wenn er wegen der unzureichend ausgebauten und suboptimal organisierten ambulanten und mobilen Versorgung in seinem Lebensfeld nicht mehr zurecht kam.

Der daraus resultierende erzwungene Wohnortwechsel entwurzelt die betreffenden Personen über längere Zeiträume hinweg aus ihrem bisherigen Lebensfeld, was anschließend wiederum aufwändige Reintegrationsmaßnahmen notwendig macht. Dieses rehabilitationsbehinderte Prinzip wurde sehr treffend so formuliert, dass traditionell *ambulant wenig Hilfe* und *stationär viel Hilfe* bedeutet.

Demnach sollte aus einem nachweislichen Mangel an passenden Unterstützungsmöglichkeiten für psychisch behinderte Personen in einem Versorgungsgebiet nicht gleich reflexartig ein Versorgungsbedarf an Einrichtungen sondern vorerst ein Versorgungsbedarf an ambulanten und mobilen Diensten abgeleitet werden. Nach Möglichkeit sollte die schrittweise Umwandlung von in Einrichtungen gebundenen Personalressourcen für diese Versorgungsbedarfsdeckung genutzt werden.

### **B.3.1.3.2 Empfehlungen im Detail**

Seit Veröffentlichung des NÖP 95 hat ein erheblicher Ausbau von Einrichtung und Diensten in den komplementären Versorgungsbereichen stattgefunden. Allerdings weisen die sehr unterschiedlichen lokalen Entwicklungen auch auf eine Unausgewogenheit des Angebotes hin. Begründet liegt dies in einer noch mangelhaften institutionsübergreifenden Planung der individuellen Hilfen und einer fehlenden koordinierten Abstimmung des regionalen

Hilfeangebotes. Als Folge davon lassen sich Formen von Unter-, Fehl- und Überversorgungen erkennen, und damit insgesamt eine suboptimale Bedarfsgerechtigkeit mit negativen ökonomischen Auswirkungen. Es scheint fast so, dass es durch den reformistischen Elan im Laufe des vergangenen Jahrzehnts eher darum ging, überhaupt erst einmal in einer konzentrierten Weise komplementäre Versorgungsstrukturen aufzubauen als darum, sie in einer konzertierten Weise an lokalen Bedarfsgegebenheiten auszurichten.

Um diese Entwicklung nachzuvollziehen und das derzeitige Angebot möglichst vollständig abzubilden, wurden im Projektzeitraum vom März bis April 2002 Fragebogenerhebungen zum Bereich Selbstversorgung und Wohnen in insgesamt 155 betreuten Einrichtungen in NÖ durchgeführt. Zu den Bereichen Tagesgestaltung und Kontaktfindung bzw. Arbeit und Ausbildung fanden Recherchen über das vorhandene Angebot bei den Anbietern dieser Leistungen, den zuständigen Landesabteilungen und dem niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds - Bereich Soziales statt.

Die drei Leistungserbringungsbereiche „Selbstversorgung und Wohnen“, „Tagesgestaltung und Kontaktfindung“ bzw. „Arbeit und Ausbildung“ müssen sequenziell und getrennt dargestellt werden, sind allerdings als funktionale Teilaspekte einer ganzheitlichen Versorgung von Personen mit langfristigen und komplexen Hilfebedarf anzusehen. Zu dieser ganzheitlichen Versorgung zählen in gleich wichtiger Weise die ambulanten und (teil-)stationären psychiatrischen Behandlungsbereiche und das Angebot spezieller Therapien (dargestellt in den jeweiligen Abschnitten). Anders ausgedrückt: In die individuelle Hilfeplanung und -erbringung müssen alle Funktionsbereiche integriert und miteinander abgestimmt werden.

### B.3.1.3.2.1 Bereich Selbstversorgung und Wohnen

#### Hauptpunkte

#### *Versorgungsgrundlagen*

- **Die Zielgruppe** für die hier beschriebenen Leistungen sind erwachsene, inklusive alte Personen<sup>143</sup>, die aufgrund ihrer längerfristigen, psychisch bedingten Behinderungen an ihrem Wohn- und Lebensort nicht immer ohne fremde Unterstützung bei ihrer Alltagsbewältigung im Bereich der Selbstversorgung und des Wohnens zurecht kommen, und bei denen diese Unterstützung von den verfügbaren privaten bzw. professionellen Hilfen nicht durchgängig geleistet werden kann. In der Regel sind dabei diese individuell notwendigen Unterstützungsmaßnahmen Teil eines Komplexleistungsprogramms, das auch Unterstützungen in den nachfolgend behandelten Bereichen der Tagesgestaltung und Kontaktfindung bzw. der Arbeit und Ausbildung beinhaltet, und die deshalb von einem einzigen Dienst bzw. einer einzigen Einrichtung nicht effektiv geleistet werden können.
- **Der Unterstützungsbedarf** im Einzelfall kann stark fluktuieren und ist niemals kontinuierlich gleichbleibend. Die überwiegenden Zeiten mit stabilerem psychischem Zustand können durch krisenhaftere Zeiten mit instabilerem psychischen Zustand unterbrochen werden. Eine Besonderheit sind jene Personen, die neben einer komplexen psychosozialen Unterstützung auch eine intensive körperliche Unterstützung benötigen. Bei diesen, zumeist älteren Personen, erhöht sich durch diese Komorbidität der Unterstützungsbedarf beträchtlich.
- **Die Art und das Ausmaß der Unterstützung** für diese Zielgruppe hängen primär vom Ausprägungsgrad der individuellen Fähigkeiten zur Selbstversorgung im Alltag ab. Je mehr Beeinträchtigungen dabei vorliegen, desto höher ist der jeweilige Unterstützungsbedarf.

---

<sup>143</sup> Damit sind Personen gemeint, die an einer psychischen Krankheit und den daraus resultierenden Beeinträchtigungen und Handicaps über einen längeren Zeitraum hindurch leiden, unabhängig davon, ob, wo und wie sie professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen.

- **Die Leistungen im Bereich Selbstversorgung und Wohnen** umfassen alle Unterstützungsfunktionen zur Bewältigung der Wohnsituation für die oben definierte Zielgruppe mit komplexem psychiatrischen Hilfebedarf in deren gewohntem Lebensfeld.
  
- **Die individuellen Unterstützungsleistungen im Bereich Selbstversorgung und Wohnen** sind grundsätzlich von der Wohnform zu entkoppeln. Die Betreuungsdichte richtet sich nicht vorrangig nach der Wohnform, sondern nach dem individuellen Hilfebedarf.
  
- **Die Grundlage für eine personenzentrierte Leistungserbringung stellt die individuelle Hilfeplanung dar.** Dabei werden auch die erforderlichen Leistungen in den Bereichen Tagesgestaltung und Kontaktfindung bzw. Arbeit und Ausbildung berücksichtigt und mit den psychiatrisch-therapeutischen Behandlungsleistungen zu einem Komplexleistungsprogramm gebündelt.
  
- **Die Lebensfeldorientierung der Hilfen** ist vorrangig, und ein mit der Inanspruchnahme der Hilfen einhergehender Wechsel in institutionelle Wohnformen sollte möglichst vermieden werden.
  
- **Die individuellen Wohnverhältnisse** sollten so barrierefrei bzw. betreubar geplant und ausgewählt bzw. adaptiert werden, dass eine dem individuellen schwankenden Hilfebedarf angemessene, mobile Unterstützungsleistung in wirksamer Weise ermöglicht wird.

## *Versorgungsformen*

- **Die Möglichkeiten von Einzelwohnen, Familienwohnen, Familienpflege bis hin zu Kleingruppenwohnen** sollten je nach individuellem Bedarf ausgeschöpft werden, wobei immer die privaten bzw. autonomeren Wohnalternativen bevorzugt anzustreben sind. Die organisatorische Zusammenfassung zu Wohnverbänden könnte dabei als personalressourcenschonendes Modell genutzt werden.
- **Neue Standorte für private Wohnformen sollten infrastrukturell so ausgewählt werden**, dass sie einerseits für mobile Unterstützungsdienste leicht erreichbar sind und andererseits ein schnelles Erreichen von wichtigen lokalen Versorgungsangeboten gewährleisten.
- **Das Großgruppenwohnen in Heimen** sollte lediglich für die Personengruppe mit zusätzlich hohem körperlichem Pflege- und Beaufsichtigungsbedarf in Erwägung gezogen werden und in allen anderen Fällen keine dauerhafte Wohnalternative darstellen.
- **In den bestehenden psychiatrischen Heimen** sollte durch die Erschließung von weiterführenden, autonomeren Wohnformen mit Anschlussbetreuung durch das Heimpersonal bzw. anderen mobilen Diensten (z.B. PSD) eine personenzentrierte und bedarfsgerechtere Organisation erreicht werden, wodurch personelle Vollbetreuungskapazitäten entsprechend abgebaut bzw. umgewandelt werden könnten.
- **Für schwer zu betreuende Personen mit einem länger anhaltenden, hohen Hilfe- und Beaufsichtigungsbedarf** werden intensiv betreute Wohngemeinschaften und Wohnheime mit rehabilitativen Programmen mit maximal 16 Plätzen empfohlen.
- **Dem hohen Anteil an Personen mit psychiatrischen Diagnosen - insbesondere mit psychoorganischen Störungen - in den niederösterreichischen Pensionisten- und Pflegeheimen** sollte mittels geeigneter Personalentwicklungsmaßnahmen zur Gewährleistung einer psychiatrischen Behandlungspflege einerseits und einer Rehabilitationsbehandlung andererseits begegnet werden.

## *Versorgungsumsetzung*

- **Die jeweilige Festlegung des Bedarfs** sollte durch ein kontinuierliches, regional gesteuertes Monitoring auf der Basis von einheitlich dokumentierten individuellen Hilfeplänen durch die Anbieter psychiatrischer Versorgungsleistungen in einer interdisziplinären Weise erfolgen.
- **Aktuell bestehende lokale Unter- bzw. Überversorgungen** innerhalb des bestehenden Gesamtangebots an institutionellen Wohnformen sollten durch entsprechende Ressourcenverlagerungen - unter Anwendung der Prioritätensetzung ambulant/mobil vor stationär - schrittweise ausgeglichen werden.
- **Das Angebot an ambulanten und mobilen Unterstützungsleistungen** zur Selbstversorgung sollte aufbauend auf den bestehenden Diensten quantitativ erweitert und qualitativ verbessert werden, wofür auch die derzeit in institutionellen Wohneinrichtungen gebundenen Personalressourcen teilweise umgewandelt und genutzt werden könnten.
- **Die Einbindung in die regionale psychosoziale Versorgung** sollte für alle institutionellen Wohnformen mit psychiatrischer Klientel, insbesondere auch für die Pensionisten- und Pflegeheime angestrebt werden. Die damit erreichbare synergetische Nutzung von Versorgungsstrukturen könnte umso mehr reintegrative Möglichkeiten für die Heimbewohner eröffnen und andererseits für eine größere Treffsicherheit bei Heimunterbringungen sorgen.

## Versorgungsaufgabe

Menschen mit psychischen Behinderungen sind aufgrund ihrer Krankheit speziell in ihren Fähigkeiten zur Selbstversorgung oft dermaßen beeinträchtigt, dass sie ohne fremde Hilfen nur äußerst unzureichend ihren persönlichen Lebensalltag auf befriedigender Art und Weise bewältigen können. Damit sind hier in erster Linie funktionelle Einschränkungen in der Selbstversorgung gemeint, die als Folge von Störungen im sozioemotionalen und kognitiven Bereich auftreten können. Das wiederum kann in weiterer Folge zu sozialen Beeinträchtigungen wie Unselbstständigkeit und Ausgliederung im Wohnbereich führen. In zweiter Linie kann neben der psychosozialen Unterstützung speziell bei älteren Menschen eine körperliche Unterstützung bzw. bei demenzerkrankten Personen ein erhöhtes Ausmaß an Beaufsichtigung notwendig werden. Dies wird üblicherweise gemeint, wenn von Pflegebedürftigkeit geredet wird, und die gängigen Skalen zur Pflegeeinstufung verwendet werden. Aufgrund der Tatsache, dass sowohl psychische, als auch geistige und körperliche Störungen dazu führen können, die jeweiligen Anforderungen an die Selbstversorgung nicht mehr ohne fremde Hilfen bewältigen zu können, sind in den letzten Jahren die verschiedensten institutionellen Wohnformen mit unterschiedlich ausgeprägter Betreuungsdichte entstanden. Im nachfolgenden empirischen Teil wird der Ist-Zustand für Niederösterreich als Ergebnis einer Bestandsaufnahme dargestellt.

## Wohnen

Eine bisher gängige Einteilungsform unterscheidet einerseits Wohnformen mit einer Betreuung rund um die Uhr, und andererseits solche mit einer Betreuung tagsüber. Hat sich für erstere die Bezeichnung *vollbetreutes* Wohnen durchgesetzt, so werden letztere, je nach aufgewendetem zeitlichem Betreuungsausmaß, *teilbetreutes* bzw. *punktbetreutes* Wohnen genannt<sup>144</sup>. Dabei wird also hinsichtlich der zeitlichen Verfügbarkeit des Personals bzw. der Klienten-Betreuer-Rate unterschieden. In der Praxis ist derzeit allen diesen

---

<sup>144</sup> NÖ Richtlinien für die Einrichtungen für psychisch behinderte Menschen, 1999

Betreuungsangeboten im Bereich der Selbstversorgung gemeinsam, dass für die Inanspruchnahme der Unterstützung ein Wechsel von der ursprünglichen, privaten Wohnform in eine dieser betreuten Wohnformen erfolgen muss.

Aufgrund der direkten Einbindung des Betreuungspersonals in die Wohnsituation nach einem fixen Betreuungsschlüssel werden diese Wohnformen auch *geschütztes Wohnen (sheltered housing)* genannt. Demgegenüber wird mit *unterstütztem Wohnen (supported housing)* die flexible Anpassung der professionellen Hilfen an den in seiner Intensität fluktuierenden individuellen Unterstützungsbedarf im Bereich der Selbstversorgung verstanden.

Mit den Begriffen *Barrierefreiheit* oder *Betreubarkeit* werden Charakteristika von privaten Wohnformen zusammengefasst, die eben diese flexibel angepasste Unterstützung direkt im Wohn- und Lebensfeld der zu betreuenden Personen ermöglichen. Hier können architektonische Elemente, wie Situierung, Größe und Zimmeranordnung, ebenso von Bedeutung sein wie Erreichbarkeit durch unterstützende Dienste, Nahversorgungsmöglichkeiten, Anbindung an öffentlichen Verkehr, Erreichbarkeit von psychosozialen Diensten und Einrichtungen etc. Barrierefreiheit beinhaltet aber nicht zuletzt auch den gleichberechtigten Zugang psychisch behinderter Personen zum normalen Wohnungs- und Immobilienmarkt, in dem nach wie vor erhebliche strukturimmanente Diskriminierungen gegen psychisch kranke und behinderte Menschen erkennbar sind.

Die internationale Entwicklung in der Versorgung längerfristig hilfebedürftiger Personen mit psychischen Behinderungen geht eindeutig in die Richtung individuell angepasster, normalisierter Wohnformen, in denen bei Bedarf unterstützende Hilfeleistungen zur individuellen Selbstversorgung erbracht werden können. Die Realisierung der notwendigen Hilfen im persönlichen Lebensfeld korrespondiert in einer engen Weise mit dem „regionalen Bedingungsgefüge“, in dem die unterschiedlichsten infrastrukturellen und soziokulturellen Dimensionen zusammenspielen. So können in ländlichen Gebieten das mangelhafte soziokulturelle Netz und die erschwerte Erreichbarkeit der Betroffenen durch mobile Unterstützungsdienste schwer auszugleichende Hindernisse darstellen. Umgekehrt weisen empirische Untersuchungen darauf hin, dass professionelle Hilfen im ländlichen Regionen

nicht entsprechend angenommen werden<sup>145</sup>. Als mögliche Gründe für die mangelnde Bedarfsdeckung im ländlichen Bereich werden vermutet:

- Bestehende Unterversorgungen mit einem angemessenen und niederschweligen Angebot
- Schlechtere personelle Ausstattung der verfügbaren Dienste und Einrichtungen
- Längere Anfahrtswege
- Hohe soziale Kontrolle durch besonders dichte und engmaschige Familiensysteme, die mit Angst vor Stigmatisierung und Ausgrenzung seitens der Betroffenen einhergeht

Des Weiteren gelten solche peripheren Gebiete meistens auch im wirtschaftlichen Sinne als „strukturschwach“ (bzw. „entwicklungsorientiert“), was oft erhöhte Arbeitslosigkeit und Bevölkerungsabwanderungen zur Folge hat. Diese infrastrukturelle Schlechterstellung beeinflusst zusätzlich in negativer Weise das gesamte Sozialgefüge und somit das Angebot und die Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsmaßnahmen.

Die konkrete Umsetzung des hier vorgeschlagenen personenzentrierten und lebensweltzentrierten Versorgungskonzepts sollte sich demnach an dem jeweiligen regionalen Bedingungsgefüge mit den spezifischen Bedürfnissen, Erfordernissen und Möglichkeiten ausrichten, um auf diese Weise die angestrebte Effektivität und Effizienz in den Versorgungsmaßnahmen zu erreichen. Diese gesamtkontextuelle „ökologische“ Betrachtungsweise setzt für die nächsten Umsetzungsschritte konkrete regional- und bezirksspezifische Analysen in allen relevanten Dimensionen voraus. Erst auf der Grundlage dieser umfassenden Kenntnis der regionalen Charakteristika können schlussendlich die im Folgenden ausgeführten grundsätzlichen Empfehlungen umgesetzt und weiterentwickelt werden.

Die „geschützten“ Wohneinrichtungen mit direkter Einbindung des Betreuungspersonals in die Wohnsituation übernehmen in NÖ bisher eine Ersatzfunktion für fehlende Voraussetzungen und Möglichkeiten von komplexen Hilfen und sozialen Netzwerken im Lebensfeld der betroffenen Personen. Die Versorgung von Personen mit längerfristigem

---

<sup>145</sup> Gabriele Nette: Ausgrenzung findet im Alltag statt. Eine Analyse sozialpsychiatrischer Versorgung im Stadt-Land-Vergleich. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2002

Krankheitsverlauf und komplexem psychiatrischem Unterstützungsbedarf erfolgte umso mehr in betreuten Wohneinrichtungen, je stärker sich die traditionellen psychiatrischen Fachkrankenhäuser von ihrer Funktion als „Pflegeanstalt“ zurückzogen und sich auf ihre Funktion als „Heilanstalt“ konzentrierten. Die erfolgte Reform der Krankenanstaltenfinanzierung durch das LKF steht mit dieser Entwicklung in engem Zusammenhang.

Eine konsequente Lebensfeldorientierung, wie sie hier vertreten wird, setzt sich hingegen das Ziel, den Bedarf an diesen Ersatzfunktionen durch die Beschaffung passender Wohnräume, die gleichzeitig als Angelpunkt für die nötigen individuellen Hilfen dienen können, so weit wie möglich zu reduzieren. Erst dadurch kann selbstständiges Wohnen in selbstgewählten Formen für Personen mit psychischen Behinderungen dauerhaft ermöglicht werden. Ein vorübergehend erhöhter individueller Hilfebedarf soll nicht zu einer mit großem Mittelaufwand einhergehenden Ausgliederung aus den individuellen Lebensbezügen führen, um danach, wiederum mit großem Mittelaufwand, eine Reintegration ins Lebensfeld anschließen zu müssen. Der Bedarf an individuellen Hilfen sollte für die betroffene Person demnach nicht zwangsläufig mit einem Wechsel in institutionelle Wohnformen einhergehen, sondern so lange wie möglich im Lebensfeld selbst gedeckt werden.

Diese Art von „*betreubaren Wohnungen*“ wurden in der bisherigen Versorgungsplanung und -praxis zu sehr vernachlässigt. Ähnlich wie Personen mit Körperbehinderungen bestimmte Lage- und Ausstattungscharakteristika hinsichtlich ihrer Wohnung benötigen, so sind auch bei Personen mit komplexen psychischen Beeinträchtigungen die bereits erwähnten förderlichen Voraussetzungen für ein dauerhaftes Wohnen herzustellen. Oftmals stellt ja gerade die fehlende bzw. verlorene Wohnung ein für die Aufnahme in institutionelle Wohnformen ausschlaggebendes Motiv dar.

### **Mobile Unterstützungsleistungen zur Selbstversorgung**

Um auf diese Weise die Wohnsituation von Personen mit komplexen psychiatrischen Hilfebedürfnissen nachhaltig verbessern zu können, sollte neben der verstärkten Nutzung vorhandener gemeinwesenorientierter Sozialdienste der bedarfsgerechte Ausbau mobiler psychiatrischer Hilfsdienste vorrangig behandelt werden. Dies nicht zuletzt auch deswegen, weil heute vermutlich ein großer Teil von psychiatrisch schwer beeinträchtigten Menschen,

versorgt von Familienangehörigen, Partnern und Freunden, in privaten Wohnverhältnissen lebt. Hier könnten mobile Unterstützungsdienste entlastend und lebensqualitätsverbessernd wirken.

Die Realität sieht heute weitgehend so aus, dass es erstens heißt: *Entweder daheim ohne professionelle Hilfe oder professionelle Hilfe und dafür nicht daheim.*

Und zweitens: *Wenn sich der individuelle Unterstützungsbedarf ändert, dann wird in der Folge eine Platzierung in einer Einrichtung in Erwägung gezogen.*

Dieses Schiefgewicht sollte durch eine verstärkte „Mobilisierung“ der Hilfen in die konkreten Lebensfelder hinein überwunden werden.

Eine Wohnform kann demnach dann als passend betrachtet werden, wenn es gelingt, die jeweilige Person durch eine Kombination von aufsuchenden und aufzusuchenden Angeboten verlässlich in ihrem Lebensraum zu stabilisieren. Dies ist wegen des zumeist stark fluktuierenden Hilfebedarf innerhalb der definierten Zielgruppe von Personen mit komplexen psychischen Beeinträchtigungen eine nicht einfache Aufgabe. Neben der Realisierbarkeit der benötigten Hilfeleistungen im jeweiligen Lebensfeld sollten auch soziale Kontakt-, Sicherheits- und Autonomiebedürfnisse Berücksichtigung finden.

Bei all diesen Vorgangsweisen sollte dem Prinzip der Normalisierung und somit der Nachrangigkeit von fix betreuten, institutionellen Wohnformen entsprochen werden. Der im Falle eines veränderten Unterstützungsbedarfes bisher notwendige Wechsel in eine Wohnform einer anderen Betreuungs-Kategorie bringt fremdbestimmten Wohnungswechsel und organisatorische Schnittstellenprobleme mit sich. Das heißt, in erster Linie sollten möglichst selbstgewählte, autonome Wohnformen angebahnt und finanziell unterstützt werden, an die sich die geplanten Hilfen personenbezogen und lebensfeldverträglich bei Bedarf anfügen. Nur wenn diese Hilfeformen im normalen Lebensfeld nicht mehr zu leisten sind, sollte in subsidiärer Weise ein Wechsel in institutionelle Wohnformen vorgenommen werden.

## **Institutionelle Hilfen**

Besonders für schwer zu betreuende Personen mit einem länger anhaltenden, hohen Hilfe- und Beaufsichtigungsbedarf werden institutionelle Wohnformen dieser Art mit einer entsprechend abgestimmten Personaldichte, gegebenenfalls rund um die Uhr benötigt.

Ausgehend von anerkannten Schätzungen<sup>146</sup> kann mit einer Inzidenz von ca. 0,1 Personen pro 1000 EW im Jahr gerechnet werden, die sehr anspruchsvolle Unterstützungssysteme benötigen und deshalb derzeit auch immer wieder in den psychiatrischen Abteilungen aufgenommen werden müssen. Für diese Personengruppe werden intensiv betreute Wohngemeinschaften und Wohnheime mit maximal 16 Plätzen empfohlen, deren individuelle Ausrichtung durch entsprechende räumliche Gestaltungsmaßnahmen soweit wie möglich erreicht werden sollte. Durch die hohe Betreuungsdichte und angebotene Rehabilitationsmaßnahmen sollte aber auch hier die Zielsetzung der Reintegration im Vordergrund stehen.

Das bedeutet, dass in jedem individuellen Betreuungsfall durch geeignete personen- und umfeldbezogene Maßnahmen eine Integration in frei gewählte und individuell gestaltbare Wohnverhältnisse anzustreben ist.

## **Wohnformen**

Aus den vorangegangenen Überlegungen heraus ergibt sich die Empfehlung von einer Palette von Wohnmöglichkeiten, die mit bestimmten Unterstützungsformen einhergehen.

Hinsichtlich der konkreten Platzierungsfrage im Einzelfall sollte der Grundsatz zum Tragen kommen, immer die selbstständigen Wohnformen so weit wie möglich anzustreben und nur dann, wenn die vorhandenen ambulanten und mobilen Hilfen (noch) nicht ausreichen, eine institutionelle Wohnform in Erwägung zu ziehen.

Das heißt aber auch, dass aufgrund des zumeist fluktuierenden individuellen Unterstützungsbedarfs zeitweise auch eine intensivere Betreuung in den privaten Wohnformen ermöglicht werden muss, die durch eine entsprechende Aufbringung und Abstimmung der mobilen Dienste ermöglicht werden muss.

Folgende Wohnformen<sup>147</sup> kommen für die eingangs definierte Zielgruppe in Betracht, wobei in der Art und Weise, wie die Unterstützungsleistungen erbracht werden, wesentliche Unterschiede zwischen den privaten und den institutionellen Wohnformen bestehen. Ist bei ersteren der Wohnort der Ziel- und Angelpunkt der Unterstützungsleistungen von Diensten, die bei Bedarf von außen tätig werden, so fällt bei letzteren der Wohnort mit dem Sitz der Unterstützungsdienste zusammen.

## **Private, unterstützte Wohnformen**

- **Einzelwohnen / Paarwohnen**

Die garantierte Privatsphäre und die Gestaltungsfreiheit sind dabei die größten Vorteile. Nachteilig kann sich beim Einzelwohnen das Fehlen von Ansprechpersonen auswirken. Beim Paarwohnen ist auf entsprechende Rückzugsmöglichkeiten und damit erweiterten Wohnraum zu achten.

Bezüglich Barrierefreiheit/ Betreubarkeit ist auf entsprechende Größe und infrastrukturelle Gegebenheiten zu achten, wie die Zugänglichkeit für Betreuungspersonen, die störungsarme Einbettung in das Nachbarschaftsfeld, die Akzeptanz und Belastbarkeit der Nachbarschaft, die Anbindung an Nahversorgung und Verkehrsnetz etc.

Einzelwohnen bzw. Paarwohnen eignet sich für alle nach Autonomie strebenden bzw. Autonomie gewohnten Personen, die darüber hinaus die persönliche Gestaltung ihres Lebensraumes als positive Herausforderung betrachten.

---

<sup>146</sup> Haas, S; Grenzen und Gefahren der Enthospitalisierung chronisch Kranker. Krankenhauspsychiatrie 2001; Sonderheft 2: S.73-78

<sup>147</sup> Die folgende Auflistung orientiert sich an dem Manual "Wohnformen" aus: Volker Kauder, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2001

Notwendige Unterstützung in der Selbstversorgung sollte durch mobile Dienste vor Ort erbracht werden. In krisenhaften Zeiten sollten zusätzliche Ressourcen für eine direkte Unterstützung in der Wohnung abrufbar sein.

Durch verschiedene Formen von Mietverhältnissen kann sich diese normalisierte Form des Wohnens unterschiedlichen individuellen bzw. finanziellen Möglichkeiten anpassen. So könnten gemeinnützige Träger die betreffende Immobilie anmieten und durch (Unter-)Mietverträge den Betroffenen ganz oder teilweise überlassen<sup>148</sup> (siehe auch nächster Punkt).

- **Untermiete**

Die Vorteile können im Einzelfall in den geringen Kosten sowie darin liegen, nicht allein in einer Wohnung schlafen zu müssen. Zu den Nachteilen zählen Beschränkungen des persönlichen Freiraumes durch Kontrollmöglichkeiten seitens der Vermieter sowie geringere Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten. Aufgrund struktureller Merkmale des Wohnungsmarkts in NÖ wird dieser Wohnform - in seiner allgemein üblichen Form - eine eher geringe Relevanz für psychisch Betroffene zugeschrieben.

Eine besondere Form der Untermiete stellt hingegen die im vorigen Punkt erwähnte Sonderkonstruktion eines „subsidiären“ Mietverhältnisses durch einen gemeinnützigen Träger dar, der als Hauptmieter den Betroffenen - vorübergehend oder dauerhaft - Wohnräume nach bestimmten Vereinbarungen untervermietet. Diese Form eines Untermietvertrags könnte - mit Ausnahme des Großgruppenwohnens in Heimen - prinzipiell auf alle anderen hier aufgelisteten Wohnformen angewandt werden. Wichtig erscheint allerdings dabei die Option eines möglichen Übergangs zu einem dauerhaften Hauptmietvertrag für die betroffenen Personen.

Zielpersonen sind Personen mit Autonomiebedürfnis und mit sozialen Anpassungsfähigkeiten und einem Kontaktbedürfnis auf Distanz bzw. Personen, für die eine selbstständige Übernahme des Mietverhältnisses aus finanziellen und

---

<sup>148</sup> In Niederösterreich gibt es knapp über 100 Immobilien mit Seniorenwohnungen von gemeinnützigen Bauträgern

anderen Gründen (noch) nicht möglich erscheint.

- **Familienwohnen**

Den Vorteilen der sozialen Integration, der gemeinschaftlichen Nutzung des Wohnraumes, der möglichen Arbeitsteilung im Haushalt und der familiären Unterstützung bei der Selbstversorgung, steht der Nachteil der schwierigen räumlichen Abgrenzung bei Beziehungsproblemen entgegen. Beziehungsprobleme können auch die Unterstützung bei der Selbstversorgung zeitweise beeinträchtigen.

Das Ausmaß der Barrierefreiheit/Betreubarkeit hängt hier ebenfalls von der Akzeptanz der Familienangehörigen ab. Besonders wichtig ist hier auch die lebensfeldintegrierte Unterstützung der Angehörigen.

Zielpersonen sind beziehungs- und sicherheitsorientierte Personen mit halbwegs intakten Familien, die ihrerseits für das Aufbringen von unterschiedlichen Hilfestellungen bereit sind. Eine professionelle mobile Unterstützung müsste hier sowohl für die in der Familie versorgte Person als auch für deren Angehörige organisiert werden.

- **Familienpflege**

Dabei handelt es sich um eine Wohnform, bei der Personen mit psychischen Behinderungen in Gastfamilien leben. Der Vorteil liegt im Vorhandensein eines eigenen Zimmers und der Integration in einem Familienverband mit entsprechenden Unterstützungen in der Selbstversorgung und der Tages- und Kontaktgestaltung. Nachteile können im Anpassungsdruck an die Familiengepflogenheiten und in der Einschränkung der Autonomie und Gestaltungsmöglichkeiten liegen.

Bei dieser Wohnform ist neben der allfälligen Unterstützung der direkt zu betreuenden Klienten auch die der pflegenden Familie vor Ort in organisierter Form zu gewährleisten. Dafür spezialisierte Dienste sollten die passende Zusammenführung der Klienten mit den geeigneten Familien unter Berücksichtigung der angestrebten Betreuungsziele planen und unterstützend

begleiten. Zusätzlich hat sich in dieser Versorgungsform die organisierte Selbsthilfe der Gastfamilien untereinander als hilfreich erwiesen.

Zielpersonen sind beziehungsorientierte Personen mit einer Bereitschaft, sich in ein bestehendes Beziehungssystem zu integrieren, und einem Wunsch nach klar strukturierten Tagesabläufen.

## Institutionelle, geschützte Wohnformen

- **Wohngemeinschaften** (Kleingruppenwohnen)

Wohngemeinschaften sind Wohnungen bzw. Wohnhäuser, in denen die BewohnerInnen in Ein- bzw. Zweibettzimmern leben und in denen zusätzliche Wohn- und Funktionsräume für eine gemeinschaftliche Nutzung zur Verfügung stehen. Als Richtwert für das Kleingruppenwohnen dient eine maximale Anzahl von 5 BewohnerInnen.

Mit dieser Wohnform sind die Vorteile von Gemeinschaftswohnen (geringe Isolationsgefahr, Gemeinschaftsleben, Arbeitsteilung, gegenseitige Hilfen im Sinne der Selbsthilfe) mit seinen Nachteilen (Abstimmungsnotwendigkeit, geringere Autonomie, Individualität und Intimsphäre, eingeschränkte Wahlmöglichkeit der Mitbewohner) verknüpft. Das Selbst- und Mitbestimmungsmaß kann je nach Wohnkonzept variieren.

Das Kleingruppenwohnen in Wohnungen und Wohnhäusern verlangt in den meisten Fällen nicht zuletzt aufgrund der erforderlichen Abstimmung zwischen den Bewohnern im gemeinsamen Wohnalltag eine regelmäßige professionelle Unterstützung. Das betreuende Personal kann dabei in einem fix vereinbarten Zeitrahmen und mit einem festgelegten Betreuungsschlüssel in der Wohnform tätig sein, oder es kommt nach einem gemeinsam entwickelten, bedarfsgerechten Betreuungsplan zum Einsatz. Letzteres entspräche mehr dem zumeist fluktuierenden Unterstützungsbedarf und würde mehr die Eigenverantwortung und Selbstständigkeit der Bewohner fördern.

Zielpersonen sind beziehungsorientierte Personen mit akzeptierender Bereitschaft zu einem gemeinsamen Miteinander bei Wohnen und Haushaltsführung.

- **Wohnheime** (Großgruppenwohnen)

Bei Wohnheimen handelt es sich um Einrichtungen, in denen mehr als 5 Personen in einem eigenen bzw. einem mit anderen geteilten Zimmer leben und die über zusätzliche Wohn- und Funktionsräume für eine gemeinschaftliche Nutzung verfügen. Idealerweise sollte die Gesamtplatzzahl eines Wohnheimes den Rahmen von maximal 16 Plätzen nicht überschreiten.

Die vorgegebene, auf Groß- bzw. Teilgruppen abgestimmte Vollversorgung, bietet kaum Wahl-, Selbstversorgungs- und Gestaltungsmöglichkeiten für die Einzelperson. Dagegen sind Ansprechpartner fast immer vorhanden. Außenbezüge sind erschwert und werden durch interne Angebote auszugleichen versucht. Es gibt nur beschränkte Anforderungen und Anreize an die Lebenstüchtigkeit der Bewohner. Demzufolge ist die Gefahr der Entwicklung von Hospitalisierungsschäden recht groß.

Die Betreuung erfolgt ausschließlich durch fix angestelltes Personal, das zumeist rund um die Uhr nach einem festgelegten Dienstplan eingesetzt wird. Hier kann einem fluktuierenden Bedarf am wenigsten adäquat entsprochen werden, weil das zeitweise Ausblenden der Anwesenheit aufgrund der gegebenen Aufsichtspflicht nicht ermöglicht wird.

Zielgruppe sind Personen mit einem hohen Bedarf an Beaufsichtigung und Kontrolle einerseits und/oder einem hohen körperlichen Unterstützungsbedarf andererseits. Ebenso stellt diese Wohnform eine hohe Anforderung an die individuelle Anpassungsfähigkeit und Rücksichtnahme.

## **Wohnverbund**

Bei einem Wohnverbund werden einzelne Wohnungen, in denen Einzelpersonen, Paare, Familien oder kleine Gruppen leben, zu einem organisatorischen Verbund

vereinigt, für den Gemeinschaftsräume und eine in räumlicher Nähe angesiedelte Mitarbeiter-Service-Einheit verfügbar sind. Diese einzelnen Wohnungen können einerseits als Teileinheiten in einer Gesamtimmobilie angesiedelt sein, andererseits können sie auch räumlich und geografisch voneinander unabhängig in einer - für die Betreuung noch gut erreichbaren - Entfernung verstreut sein. Im zweiten Fall würden diese dislozierten Wohnungen gemeinsam einen eher virtuellen als einen unmittelbar räumlichen Wohnverbund bilden. Im direkten Vergleich der beiden unterschiedenen Alternativen erscheint letztere hinsichtlich der geforderten Autonomie der Bewohner als anspruchsvoller. Bei der praktischen Umsetzung sind natürlich auch Kombinationsformen zwischen beiden Alternativen möglich.

Der Vorteil eines Wohnverbunds liegt mehr in der effizienteren Nutzung von Personalressourcen, zum Teil aber auch in den vermehrten Sozialkontaktmöglichkeiten für die Bewohner durch gemeinsame Aktivitäten innerhalb des Verbundes.

## **Individuelle Unterstützungsplanung und -leistung**

Entgegen der bisherigen Ausrichtung an einer abgestuften Angebotskette mit punktgenauer Zuweisung und Weiterleitung der passenden Patienten, die erfahrungsgemäß immer auch Abstimmungsmängel mit sich bringt, wird hier die Erschließung von bzw. die Sicherung des Verbleibes in privaten, stabilen und prinzipiell dauerhaften Wohnformen vertreten. Dabei wird davon ausgegangen, dass oft erst sichere Wohnverhältnisse in einer identitätsbildenden Weise im Einzelfall die Voraussetzung für die Akzeptanz und Wirksamkeit von Hilfemaßnahmen darstellen.

Hauptsächlich ist demnach nicht so sehr das Wohnen, sondern vielmehr der Klient in seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten bei der Alltagsbewältigung zu unterstützen. Insbesondere bedeutet das die möglichst wirklichkeitsnahe Einschätzung und Planung des Unterstützungsbedarfs in den Bereichen:

- Ernährung

- Körperpflege/Kleidung
- Umgang mit Geld
- Wohnraumreinigung und -gestaltung,
- Mobilität
- körperliche Aktivität
- sprachliche Ausdrucksfähigkeit
- Tag-Nacht-Rhythmus
- Inanspruchnahme medizinischer, sozialer und psychiatrischer Hilfen

Die für diesen Bereich individuell geplanten Hilfen in den oben aufgelisteten Dimensionen sollten dann durch mobile Dienste in einer koordinierten Weise direkt im Lebensfeld umgesetzt werden. Aber auch für jene Personen, die aufgrund ihres komplexen Unterstützungsbedarfs ihren derzeitigen Lebensbereich in einer Heimstruktur finden, sollte eine systematische und kontinuierliche individuelle Unterstützungsplanung mit abgestimmter Leistungserbringung und Ergebnisprüfung stattfinden. Diese ressourcenorientierte Vorgangsweise zielt auf eine möglichst normalisierte und integrierte Wohn- und Lebensmöglichkeit auch für jene hilfebedürftigen Personen ab, die derzeit - unter anderem wegen des Fehlens geeigneter lebensfeldzentrierter Hilfsangebote - in institutionellen Strukturen betreut werden. Wie ebenfalls im Kap. B.2.3 genauer erläutert, könnten die Psychosozialen Dienste in Niederösterreich eine zentrale Versorgungsverantwortlichkeit für alle Personen mit erhöhtem und komplexem psychiatrischen Hilfebedarf übernehmen, im Zuge derer diese individuelle Hilfeplanung mit anschließender Sicherung der individuellen Leistungserbringungen die Kernfunktion darstellt.

Für jene Personen, die im Zuge dieser individuellen Hilfeplanung eine - über längere Zeiträume stattfindende - intensivere psychosoziale Unterstützungen mit Beaufsichtigung und Kontrolle benötigen (siehe S. 259), erscheint es ratsam, Wohngemeinschaften bzw. Wohnheime mit hohem personellen Betreuungsschlüssel und spezifisch ausgerichteten therapeutischen Programmen vorzuhalten. Dies gilt auch für jene Personen, die aufgrund ihrer sozialen Auffälligkeit in anderen verfügbaren Wohnformen schwer zu platzieren bzw. zu behandeln sind. Diese Wohnformen sind prinzipiell so auszurichten, dass für jeden einzelnen Bewohner durch geeignete Behandlungs- und Sozialtrainingsmaßnahmen eine selbstständigere Wohn- und Lebensform anzustreben ist. Andererseits kann dieses Ziel im

Einzelfall auch unerreicht bleiben, wodurch der Übergangscharakter dieser Wohnform für einzelne Bewohner in den Hintergrund rückt.

## Aktuelle Versorgungslage

### Erhebungsmethode<sup>149</sup>

Um zu einer möglichst vollständigen Abbildung des bestehenden Angebotes im Bereich Selbstversorgung und Wohnen zu gelangen, wurden im November und Dezember 2001 anhand verschiedener Bezugsquellen die Standorte sowie die Leistungs- und Kostenträger der existierenden Wohneinrichtungen recherchiert. Im Zeitraum von Februar bis April 2002 wurden anschließend mittels selbst erstellter Fragebögen (→ *Anhang*) in den NÖ Pensionisten- und Pflegeheimen und den speziellen Wohneinrichtungen für psychisch behinderte Menschen Erhebungen durchgeführt; von Juni - Juli 2002 wurde schlussendlich die Erhebung in den Einrichtungen für Wohnungslose und für Abhängigkeitskranke<sup>150</sup> abgeschlossen. Bei diesen Erhebungen wurden Merkmale der Einrichtungs-, Finanzierungs-, Personal- und Bewohnerstruktur sowie Items zur Leistungs- und Angebotsstruktur erfasst. Das Wohnangebot für Teilnehmer an Arbeitstrainingskursen wurde nicht berücksichtigt, weil es ausschließlich für die Zeitdauer des Kurses den Teilnehmern zur Verfügung gestellt wird<sup>151</sup>. Ebenso nicht erfasst wurden die Wohnheime für geistig behinderte Menschen<sup>152</sup>,

---

<sup>149</sup> Die detaillierte Darstellung der Erhebungsmethode und der Ergebnisse finden sich in: Peter Denk, Barbara Weibold: Die Situation von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen in Pensionisten- und Pflegeheimen und betreuten Wohneinrichtungen in Niederösterreich. Bericht über die Erhebung einrichtungs-, personal- und bewohnerbezogener Daten im Rahmen der Evaluation des NÖ Psychiatrieplanes im Auftrag des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, Bereich Soziales, 2002

<sup>150</sup> hier *Mischeinrichtungen* genannt

<sup>151</sup> Auf dieses Angebot wird im Kapitel zum Bereich Arbeit und Ausbildung näher eingegangen.

<sup>152</sup> Zu berücksichtigen ist allerdings, dass in den erhobenen „vollbetreuten Einrichtungen“ (insbesondere in den 11 Betreuungsstationen, im Förderpflegeheim Mauer und im Caritasheim Schiltern) auch Personen mit Intelligenzminderungen bzw. mehrfacher (geistiger und psychischer) Behinderung definitiv zur Zielgruppe gezählt werden. Hingegen trifft das für den betreuten Personenkreis der hier befragten teil- und punktbetreuten Einrichtungen nicht zu.

Heime der Jugendwohlfahrt und die Langzeit- und Rehabilitationsbereiche in der LNK Gugging (Donauklinikum)<sup>153</sup> und in der LNK Mauer.

Insgesamt fallen die so erhobenen Einrichtungen hinsichtlich der zugrunde liegenden Betriebs- und Finanzierungsrichtlinien in fünf Kategorien (eine detaillierte Auflistung findet sich im Anhang):

- NÖ Landes- Pensionisten- und Pflegeheime (LPPH)
- Private<sup>154</sup> Pensionisten- und Pflegeheime
- „Betreuungsstationen“ in NÖ Landes- Pensionisten- und Pflegeheimen
- „Wohneinrichtungen für psychisch behinderte Menschen“<sup>155</sup>
- „Mischeinrichtungen“ (soziale Einrichtungen im Sinne von Wohn- und Langzeittherapieeinrichtungen für alkohol- und drogenerkrankte Personen sowie für obdachlose Personen)

Für die Befragung in den angeführten Einrichtungstypen wurden drei Arten von Fragebögen konstruiert und eingesetzt (siehe Anhang):

- Der „Fragebogen zur Erfassung der Situation psychisch Kranker in NÖ Pensionisten- und Pflegeheimen“ beinhaltete 10 Items zu den Dimensionen: Einrichtungsstruktur, Finanzierungsstruktur, Personalstruktur und Bewohnerstruktur<sup>156</sup>.
- Der „Fragebogen zur Erfassung von Wohneinrichtungen für psychisch Kranke in NÖ“ enthielt 38 Items zu den Dimensionen: Einrichtungsstruktur, Leistungs- und Angebotsstruktur, Personalstruktur, Bewohnerstruktur.
- Der „Fragebogen zur Erfassung der Situation psychisch Kranker in sozialen Einrichtungen in NÖ“ umfasste 14 Items aus den Dimensionen: Einrichtungsstruktur, Leistungs- und Angebotsstruktur, Personalstruktur und Bewohnerstruktur<sup>157</sup>.

---

<sup>153</sup> Siehe dazu: Peter Denk, Barbara Weibold: Die Enthospitalisierung psychiatrischer Langzeitpatienten in NÖ - Teil 1: NÖ Landesnervenklinik Gugging. Handbuch zur personenzentrierten Enthospitalisierung im Auftrag des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, Bereich Soziales, August 2002

<sup>154</sup> Dazu wurden Pensionisten- und Pflegeheime in der Trägerschaft von Stadtgemeinden, Orden, Vereinen, Ges.m.b.Hs, Stiftungen und Privatpersonen gezählt.

<sup>155</sup> Nach den „Richtlinien für Einrichtungen für psychisch behinderte Menschen“ der Landesabteilung GS 5

<sup>156</sup> Die Fragen zur Bewohnerstruktur waren nur für die Bewohner mit einer psychiatrischen Diagnose zu beantworten.

<sup>157</sup> wie oben

Bei der folgenden Darstellung der Ergebnisse werden

- a) einerseits die Landes- und Privatheime als allgemeine Versorgungseinrichtungen für pflegebedürftige Menschen und
- b) andererseits die „Betreuungsstationen“, und die „Wohneinrichtungen für psychisch behinderte Menschen“ als spezialisierte Einrichtungen für psychisch behinderte Menschen zusammengefasst.

Diese Einteilung folgt dem Prinzip des spezialisierten Versorgungsauftrags für ein psychiatrisches Klientel. Dieser ist bei den Betreuungsstationen der LPPHs, dem Förderpflegeheim und den Wohneinrichtungen für psychisch behinderte Personen direkt gegeben, hingegen bei den Landes- und Privatheimen nur indirekt ableitbar.

Bei dem - im folgenden Ergebnisteil dargestellten - Angebot der insgesamt 11 Betreuungsstationen in NÖ LPPHs mit insgesamt 310 Plätzen handelt es sich zwar um ein für Personen mit psychiatrischen Diagnosen spezifisches, allerdings werden dabei auch Personen mit Intelligenzminderungen und Personen mit mehrfacher (geistiger und psychischer) Behinderungen mit eingeschlossen. Damit ergibt sich in diesem speziellen Versorgungsangebot eine Überschneidung von psychiatrischer Versorgung im engeren Sinn und der Versorgung im Rahmen der NÖ Behindertenhilfe, für die auch eine eigene Bedarfs- und Entwicklungsplanung<sup>158</sup> vorliegt.

Eine zusätzliche Besonderheit stellt das „Förderpflegeheim Mauer“ dar, das seit 1999 formal als ein LPPH in Betrieb und ebenfalls ausschließlich für die Versorgung von psychisch behinderter Personen zuständig (vergleichbar den spezialisierten Betreuungsstationen als integrierte Einheiten innerhalb bestimmter LPPHs) ist. Auch in dieser Einrichtung werden Personen mit Intelligenzminderungen aufgenommen. Die Einrichtung besitzt drei Betreuungseinheiten - und zwar für pflegebedürftige BewohnerInnen mit psychischer Behinderung, für psychisch beeinträchtigte ehemalige LangzeitpatientInnen und für Personen mit geistiger Behinderung - die sich auf fünf umgewidmete Pavillons der LNK Mauer verteilen.

---

<sup>158</sup> Zentrum für Alternswissenschaften und Sozialpolitikforschung, NÖ Landesakademie (Bernd Löger): Gegenwärtiger Stand und Ausbauplan der NÖ Behindertenhilfe. St. Pölten, Februar 2000

Für die vorliegende Evaluationserhebung wurde nun die Vorgangsweise gewählt, sowohl das Angebot der 11 Betreuungsstationen als auch das Angebot des Förderpflegeheims Mauer in seiner Gesamtheit den spezialisierten Einrichtungen für Personen mit psychischen Behinderungen zuzuordnen.

Somit fließen in die folgenden Ergebnisse auch die Plätze der untersuchten Einrichtungen ein, die mit Personen mit geistigen bzw. mit geistigen und psychischen Behinderungen belegt sind. Mit den insgesamt 148<sup>159</sup> gemeldeten Personen aus dieser Patientenpopulation (21,6% aller 684 belegten Plätze in den spezialisierten Einrichtungen für Personen mit psychischen Behinderungen) fließen somit auch diese besonderen Betreuungsplätze der Behindertenhilfe in die vorliegende Evaluation ein, wohingegen alle anderen Betreuungsplätze der NÖ Behindertenhilfe in der vorliegenden Studie nicht berücksichtigt wurden. Andererseits werden in der Bedarfs- und Entwicklungsplanung für die NÖ Behindertenhilfe folgerichtig „die Einrichtungen für die Gruppe der psychisch Behinderten“<sup>160</sup> nicht berücksichtigt. Allerdings befindet sich in der Zielgruppe für die Dienste und Einrichtungen der NÖ Behindertenhilfe<sup>161</sup> ein vermuteter Anteil an Personen mit geistigen und psychischen Mehrfachbehinderungen, der an der Schnittstelle beider Versorgungssysteme ein gegenwärtig und zukünftig sehr relevantes Versorgungsforschungsgebiet darstellt.

Beim Lesen der folgenden Ergebnisse ist daher dieser relativierende Umstand zu berücksichtigen. In den Abschnitten, in denen zum besseren Verständnis angebracht erscheint, wird nochmals gesondert darauf hingewiesen.

Als weiterer Hinweis zu den im folgenden dargestellten Ergebnissen aus den Pensionisten- und Pflegeheimen sei hier erwähnt, dass die beiden Privatheime mit psychiatrischem Versorgungsschwerpunkt - „Pflegeheim Beer für Psychiatrie und Neurologie“ mit 204 Plätzen und „Pflegezentrum Hallerhof“ mit 31 Plätzen - im hier angewandten Erhebungsdesign vorerst nicht zu den „speziellen Wohneinrichtungen für psychisch behinderte Personen“ gezählt wurden, da ihr spezialisierter Versorgungsauftrag dem Evaluationsteam vor der

---

<sup>159</sup> davon wurden 82 Personen aus dem Förderpflegeheim Mauer, 51 Personen aus den 11 Betreuungsstationen und 15 Personen aus dem Caritasheim Schiltern (12) sowie dem Haus der Künstler in Gugging (3) gemeldet.

<sup>160</sup> wie oben, S. 3

<sup>161</sup> Als Beispiele seien hier nur die Wohnplätze in der Behinderteneinrichtung Retz/Unternalb bzw. in den Wohngruppen Lanzendorf der Caritas Wien erwähnt.

Erhebung nicht bekannt war. Aus diesem Grund wurde diesen Heimen auch nicht der - für die speziellen Wohneinrichtungen konzipierte - erweiterte Fragebogen zugesandt, wodurch sich keine Aussagen hinsichtlich konkreter Ausprägungen in der Bewohner- und Leistungsstruktur treffen lassen. Zum Beispiel bleibt damit unberücksichtigt, dass - laut zuständiger NÖ Landesabteilung GS 7 - im Pflegeheim Beer nur etwa ein Drittel der Bewohner aus Niederösterreich stammen<sup>162</sup>.

## Ergebnisse

In Abbildung 1 werden für die unterschiedenen Einrichtungstypen die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst. In den dunkel eingefärbten bzw. umrandeten Kästchen werden die speziellen Wohneinrichtungen für psychisch behinderte Personen beschrieben und in den hellen die allgemeinen Pensionisten- und Pflegeheime<sup>163</sup>.

Aufgrund der gemeldeten Belegungszahlen konnte bei zwei privaten Pensionisten- und Pflegeheimen (Pflegeheim Beer<sup>164</sup> und Pflegezentrum Hallerhof) eine Spezialisierung auf psychisch behinderte Personen festgestellt werden, weshalb sie in der Übersicht extra ausgewiesen werden. Zum Zeitpunkt der Festlegung des Erhebungsdesigns war diese Spezialisierung in dem letztlich gemeldeten Ausmaß unbekannt, weshalb diese beiden Heime unter den privaten Pensionisten- und Pflegeheimen und nicht unter den speziellen Wohneinrichtungen für psychisch behinderte Personen eingereiht waren. Dieses Design wird deshalb auch in allen folgenden Darstellungen der Erhebungsergebnisse beibehalten.

In allen erfassten Einrichtungen (*ohne Mischeinrichtungen*) wurden im Zeitraum von Februar bis April 2002 insgesamt 5814 Personen mit psychiatrischen Diagnosen gemeldet (3,76/1000

---

<sup>162</sup> Das lässt sich aus der historischen Entwicklung dieses Heimes erklären, das ursprünglich hauptsächlich für pflegebedürftige Personen aus Wien konzipiert war und erst in den letzten Jahren seinen Wirkungsbereich auf Personen aus Niederösterreich ausdehnte.

<sup>163</sup> In der hier dargestellten Gesamtzahl der insgesamt 105 Pensionisten- und Pflegeheime sind auch Pflegeeinheiten (5 - 12 Plätze) und Pflegeplätze (1 - 5 Plätze) inbegriffen.

<sup>164</sup> Laut NÖ Landesabteilung GS 7 befinden sich im Pflegeheim Beer lediglich etwa ein Drittel der Bewohner aus Niederösterreich.

EW), deren Verteilung auf die verschiedenen Einrichtungstypen in der nachfolgenden Darstellung ersichtlich ist.

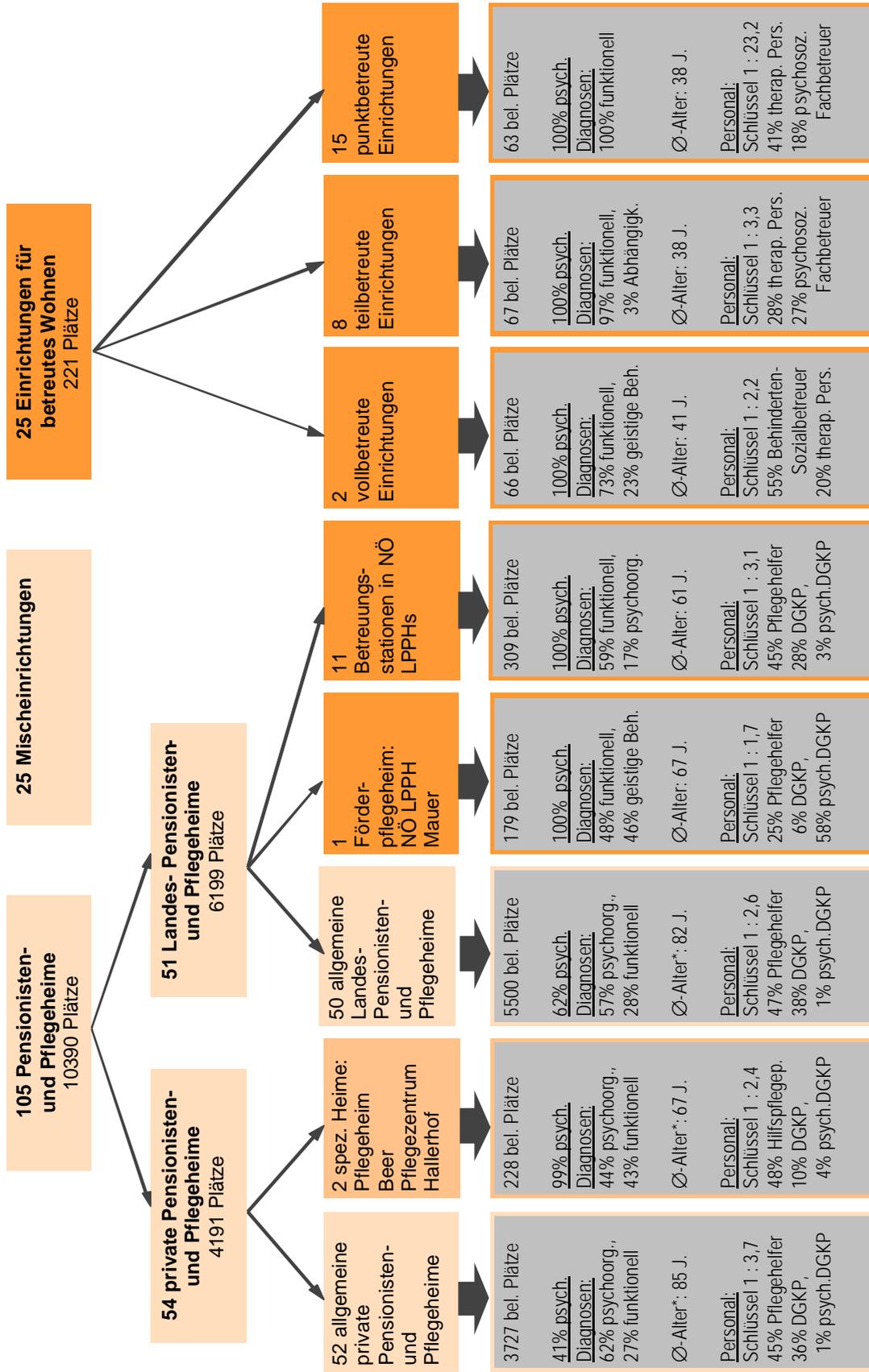
Verdeutlicht wird dadurch, dass mit 88,2 % (n=5130) der höchste Anteil von allen in den erhobenen Wohnformen betreuten Personen mit psychiatrischen Diagnosen in 90 der vorhandenen 105 NÖ Pensionisten- und Pflegeheime<sup>165</sup> versorgt wird (*in der Darstellung mit heller Farbe*). Dabei weisen die Ergebnisse erwartungsgemäß auf einen sehr hohen Anteil alter Personen (rund 94 % sind 60 bzw. mehr als 60 Jahre alt) unter diesen Personen mit psychiatrischen Diagnosen hin, wobei Personen mit psychoorganischen Diagnosen die weit größte Gruppe darstellen (rund 58% % der 5130 HeimbewohnerInnen mit psychiatrischer Diagnose).

Lediglich 11,8% (n=684) der erfassten Einrichtungsbewohner mit psychiatrischer Diagnose werden in speziellen Wohneinrichtungen für psychisch behinderte Personen versorgt (*in der Darstellung mit dunkler Farbe*). Hier dominiert die Personengruppe mit funktionellen Störungen (rund 65 % aller 684 Bewohner), wobei der Anteil von Personen mit geistiger Behinderung mit rund 22% auf deutliche Weise den oben erwähnten Schnittstellenbereich zur NÖ Behindertenhilfe anzeigt. Hinsichtlich der Altersstruktur zeigen sich große Unterschiede zwischen dem Förderpflegeheim und den Betreuungsstationen (mit gemeinsam rund 59% Personen ab 60 Jahre) einerseits und den voll-, teil- und punktbetreuten Wohneinrichtungen (mit gemeinsam rund 4% Personen ab 60 Jahre) andererseits. Diese Unterschiede weisen auf unterschiedliche Versorgungsaufträge zwischen diesen Einrichtungstypen hin.

---

<sup>165</sup> inklusive Pflegeeinheiten und Pflegeplätze

# Betreute Wohnplätze für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in NÖ



\* Diese Berechnungen beziehen sich ausschließlich auf die Bewohner mit psychiatrischen Diagnosen.

In untenstehender Tabelle werden die jeweiligen Anteile dieser Personen mit psychiatrischen Diagnosen in den Pensionisten- und Pflegeheimen und den speziellen Wohnformen für psychiatrisches Klientel dargestellt<sup>166</sup>.

**Tab.1: Anzahl der Personen mit psychiatrischen Diagnosen in den Pensionisten- und Pflegeheimen und in den speziellen Wohnrichtungen (März-April 2002)**

Region Einwohnerzahl		in Pensionisten-/Pflegeheimen		in speziellen Wohnrichtungen		Gesamt
		absolute Anzahl	regionaler %-Anteil	absolute Anzahl	regionaler %-Anteil	absolute Anzahl
Wein- viertel	Weinviertel 287.483	732	87,66%	103	12,34%	835
	Thermenregion 317.090	1252	93,15%	92	6,85%	1344
Industrie- viertel	Bucklige Welt 195.305	558	93,62%	38	6,38%	596
	NÖ Mitte Nord 192.669	821	91,32%	78	8,68%	899
NÖ Mitte	NÖ Mitte Süd 169.514	849	96,70%	29	3,30%	878
	Mostviertel 237.461	507	63,30%	294	36,70%	801
Wald- viertel	Waldviertel 146.282	411	89,15%	50	10,85%	461
<b>NÖ gesamt 1.545.804</b>		<b>5130</b>	<b>88,24%</b>	<b>684</b>	<b>11,76%</b>	<b>5814</b>

Betrachtet man die verfügbaren Plätze in den Pensionisten- und Pflegeheimen und deren Belegungen und stellt dem den Anteil an Bewohner mit psychiatrischen Diagnosen gegenüber so ergibt sich folgendes Bild:

<sup>166</sup> Eine detailliertere Auflistung nach Bezirken findet sich im Anhang.

**Tab.2: Plätze und Belegungen in den Pensionisten- und Pflegeheimen  
(März-April 2002)<sup>167</sup>**

Region Einwohnerzahl		Plätze	belegte Plätze	Personen mit psychiatrischen Diagnosen		
				Anzahl	Anteil an Belegungen	Rate je 1000 EW
Wein- viertel	Weinviertel 287.483	1273	1209	732	60,55%	2,55
	Thermenregion 317.090	2515	2363	1252	52,98%	3,95
Industrie- viertel	Bucklige Welt 195.305	1327	1216	558	45,89%	2,86
	NÖ Mitte Nord 192.669	1682	1607	821	51,09%	4,26
NÖ Mitte	NÖ Mitte Süd 169.514	1441	1433	849	59,25%	5,01
	Mostviertel 237.461	901	867	507	58,48%	2,14
Wald- viertel	Waldviertel 146.282	762	760	411	54,08%	2,81
<b>NÖ gesamt 1.545.804</b>		<b>9901</b>	<b>9455</b>	<b>5130</b>	<b>54,26%</b>	<b>3,32</b>

In den folgenden beiden Tabellen sind die Plätze und Belegungen in den speziellen Wohneinrichtungen dargestellt, wobei für eine genauere Analyse zwischen vollbetreuten und teil- bzw. punktbetreuten Einrichtungen unterschieden wird:

<sup>167</sup> Ohne Plätze und Belegungen in den Betreuungsstationen und dem Förderpflegeheim Mauer, die hier zu den speziellen Wohneinrichtungen für psychisch behinderte Personen gezählt wurden.

**Tab.3: Plätze und Belegungen in den speziellen Wohneinrichtungen  
(März-April 2002)**

Region Einwohnerzahl		Plätze	belegte Plätze	%-Anteil belegter Plätze	Rate psych. Dg. je 1000 EW
Wein- viertel	Weinviertel 287.483	105	103	98,10%	0,36
Industrie- viertel	Thermenregion 317.090	95	92	96,84%	0,29
	Bucklige Welt 195.305	38	38	100,00%	0,19
NÖ Mitte	NÖ Mitte Nord 192.669	79	78	98,73%	0,40
	NÖ Mitte Süd 169.514	31	29	93,55%	0,17
Most- viertel	Mostviertel 237.461	304	294	96,71%	1,24
Wald- viertel	Waldviertel 146.282	58	50	86,21%	0,34
<b>NÖ gesamt 1.545.804</b>		<b>710</b>	<b>684</b>	<b>96,34%</b>	<b>0,44</b>

**Tab.4: Belegungen in den Kategorien der speziellen Wohneinrichtungen  
(März-April 2002)**

Region Einwohnerzahl		Vollbetreute Einrichtungen			Teil-/punktbetreute Einrichtungen		
		Plätze/ belegte Plätze	%-Anteil belegter Plätze	Rate psych. Diagnosen je 1000 EW	Plätze/ belegte Plätze	%-Anteil belegter Plätze	Rate psych. Diagnosen je 1000 EW
Wein-	Weinviertel 287.483	79/79	100%	0,27	26/24	92,31%	0,08
	Thermenregion 317.090	80/80	100%	0,25	15/12	80,00%	0,04
Industrie-	Bucklige Welt 195.305	19/19	100%	0,10	19/19	100%	0,10
	NÖ Mitte Nord 192.669	67/66	98,51%	0,34	12/12	100%	0,06
NÖ	NÖ Mitte Süd 169.514	20/20	100%	0,06	11/9	81,82%	0,05
	Mostviertel 237.461	251/250	99,60%	1,05	53/44	83,02%	0,19
Wald-	Waldviertel 146.282	40/40	100%	0,27	18/10	55,56%	0,07
<b>NÖ gesamt 1.545.804</b>		<b>556/554</b>	<b>99,64%</b>	<b>0,36</b>	<b>154/130</b>	<b>84,42%</b>	<b>0,08</b>

## Pensionisten- und Pflegeheime<sup>168</sup>

In 105 Pensionisten- und Pflegeheimen (LPPHs und private Heime) inklusive Pflegeeinheiten und so genannten Pflegeplätzen<sup>169</sup> mit insgesamt 9901 Plätzen wurden 9455 Plätze als belegt ausgewiesen (6,12/1000 EW), das sind durchschnittlich 90 Plätze pro Heim. Der Mittelwert lag in den Landesheimen mit 113 verfügbaren Plätzen höher als in den Privatheimen mit 78 Plätzen.

Einschränkend muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass die Herkunftsbezirke der Pensionisten- und Pflegeheimbewohner nicht erhoben wurden und somit auch der Anteil von Personen, die nicht aus Niederösterreich stammen, nicht angegeben werden kann.

Von den insgesamt 9455 Belegplätzen wurden 5130 Plätze (54,3%) von Bewohnern mit psychiatrischen Diagnosen eingenommen (3,32/1000 EW). Lediglich in 15, überwiegend kleinen Einrichtungen (9,4% aller Plätze) wurden keine Bewohner mit psychiatrischen Diagnosen gemeldet. Im überwiegenden Teil aller Einrichtungen (93,64% aller Plätze) waren Patienten mit psychiatrischen Diagnosen.

Von allen 5130 Heimbewohnern mit psychiatrischen Diagnosen waren 75,2% Frauen (n=3860) und nur 24,8% Männer (n=1270). Diagnostisch wurde bei 57,5% (n=2952) dieser Bewohner eine psychoorganische Störung angegeben, bei 28,0% (n=1437) eine funktionelle Störung, bei 7,4% (n=381) eine Alkohol-/Suchtkrankheit und 7,0% (n=360) eine geistige Behinderung. Der Altersmedian betrug 82,47 Jahre. Nur 6,4% (n=330) dieser Heimbewohner waren jünger als 60 Jahre. Von diesen 330 „jüngeren“ Personen litten 37,9% (n=125) an geistiger Behinderung, 20,9% (n=69) an psychoorganischen Störungen, 24,9% (n=82) an funktionellen Störungen und 16,4% (n=54) an Alkohol- und Suchtkrankheiten.

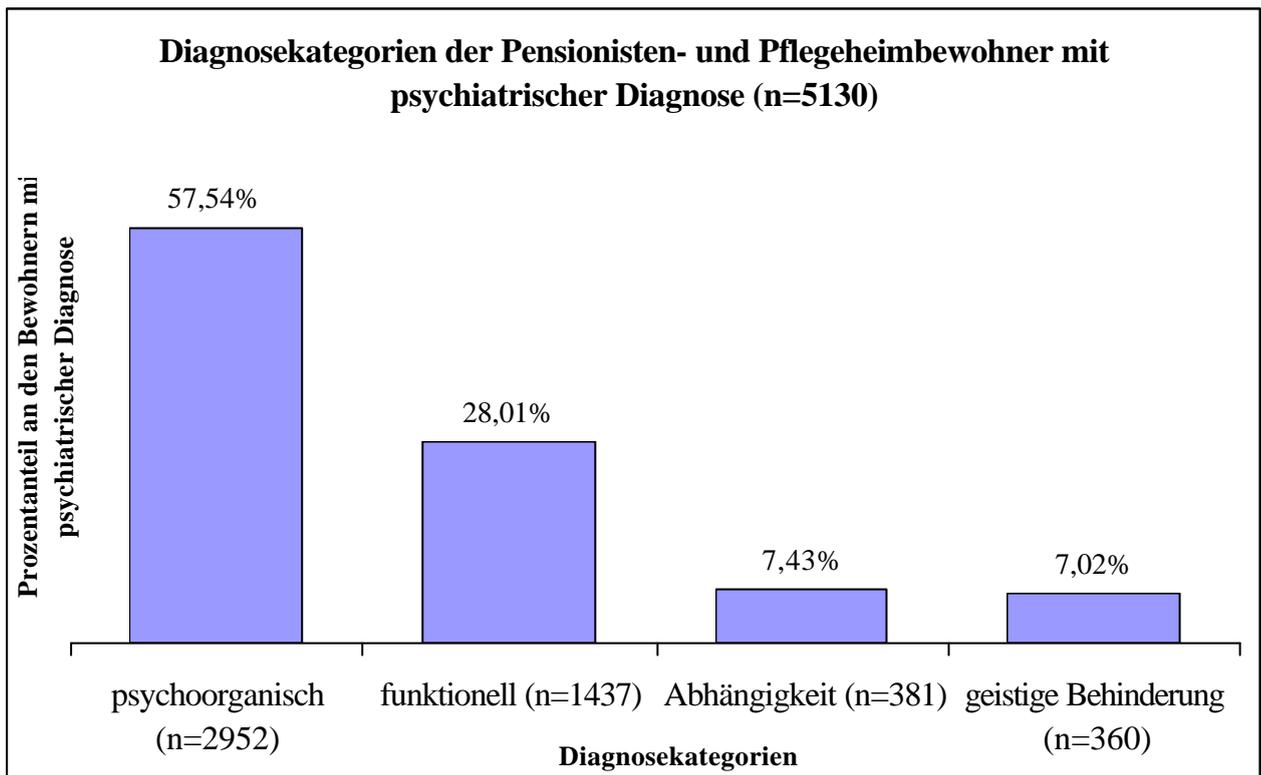
Abbildung 2 zeigt die Verteilung der psychiatrischen Hauptdiagnosen bei den 5130 Bewohnern mit psychiatrischer Diagnose.

---

<sup>168</sup> Eine vollständige Auflistung findet sich im Anhang.

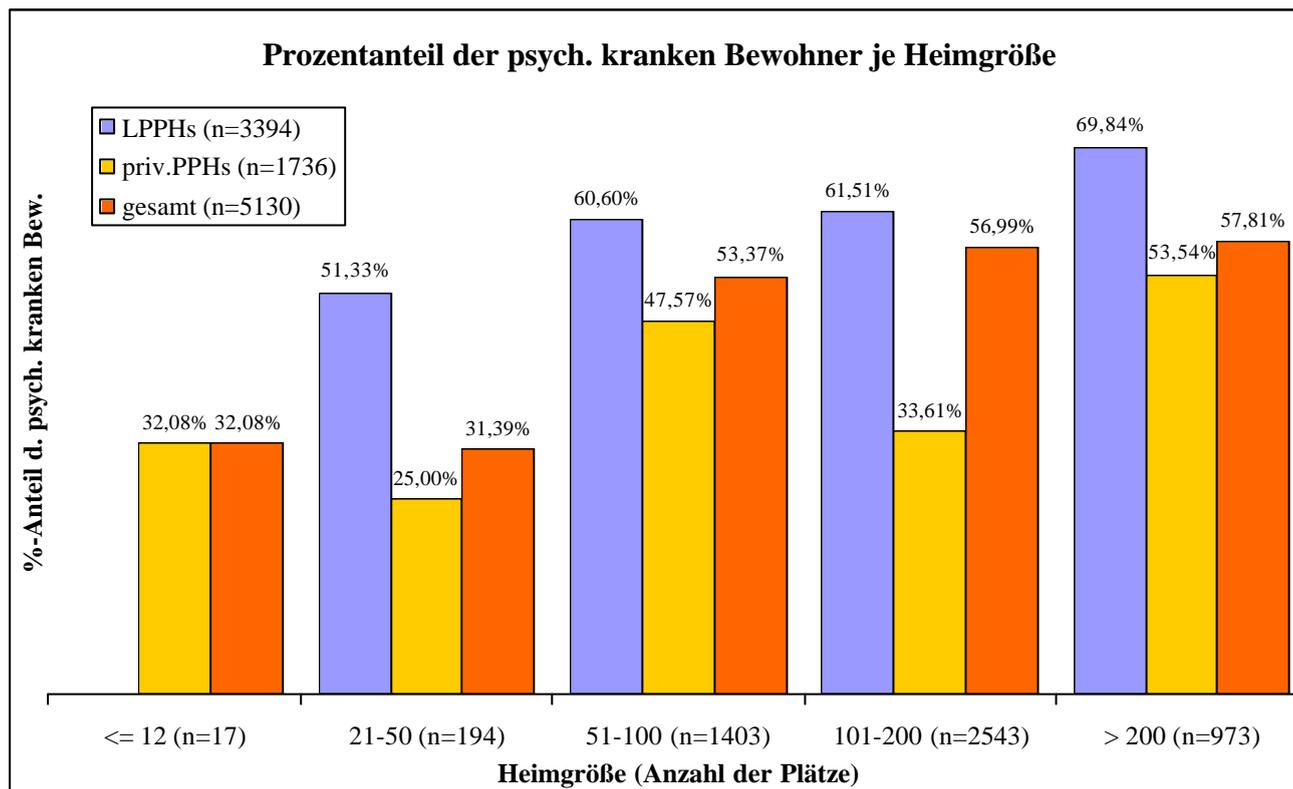
<sup>169</sup> Lt. NÖ SHG §47 (2) umfassen stationäre Dienste neben Pensionisten- und Pflegeheime auch Pflegeeinheiten für 5 - 12 pflegebedürftige Menschen bzw. Pflegeplätze für 1 - 5 pflegebedürftige Menschen.

**Abbildung 2**



Setzt man den Prozentanteil der Bewohner mit psychiatrischen Diagnosen mit der Heimgröße in ein Verhältnis, so zeigt sich besonders in den Landesheimen der Trend, dass die Höhe dieses Anteils mit der Heimgröße korrespondiert (Abbildung 3).

**Abbildung 3**



Berücksichtigt man nun nur die 90 Heime mit Bewohnern mit psychiatrischen Diagnosen und betrachtet die Personalstruktur hinsichtlich der psychosozialen Ausrichtung, so ergibt sich folgendes Bild:

**Tab.5: Personal-Bewohnerschlüssel**

<i>Personal</i>	<i>Landesheime</i> 5688 Plätze	<i>Privatheime</i> 3583 Plätze	<i>Gesamt</i> 9271 Plätze
Gesamt	<b>1 : 2,64</b>	<b>1 : 3,58</b>	<b>1 : 8,16</b>
DGKP	1 : 6,98	1 : 10,60	1 : 51,28
Psych.DGKP	1 : 237,92	1 : 381,00	1 : 282,89
Therap.Personal <sup>170</sup>	1 : 146,88	1 : 295,66	1 : 186,64
Psychiater	1 : 11420,00	1 : 3048,00	1 : 5280,53

Besonders  
auffällig  
erscheint die  
ärztlich-

<sup>170</sup> Psychologen, Behindertenpädagogen, DSA, Physio-, Ergo-, Musik-, Psychotherapeuten, Logopäden und Heilmasseure

psychiatrische Unterversorgung. So wurden in allen untersuchten 90 Heimen mit einem Anteil an Bewohnern mit psychiatrischen Diagnosen lediglich 11 vertraglich in Anspruch genommene Psychiater mit zusammen 75 Wochenstunden angegeben. Zählt man die zwei spezialisierten Heime Beer und Hallerhof mit zusammen 235 Plätzen (siehe unten) davon ab, dann reduzieren sich die Wochenstunden gar auf nur 31 verfügbare Wochenstunden. In welchem Ausmaß die Heimbewohner aufgrund der bestehenden freien Arztwahl zusätzlich Ordinationen von niedergelassenen Psychiatern aufsuchen bzw. niedergelassene Psychiater - über Krankenschein abgewickelte Konsultationen - in die Einrichtungen kommen, konnte nicht erhoben werden.

### ***Exkurs: Heime mit psychiatrischem Versorgungsschwerpunkt***

Wie diesem Kapitel eingangs bereits erläutert (siehe S. 269), zeigten sich im Zuge der Analyse der erhobenen Daten, dass sich unter den 54 Pensionisten- und Pflegeheimen in privater Trägerschaft zwei Einrichtungen befanden, die sich auf die Betreuung und Pflege von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen spezialisiert haben. Wie erwähnt liegen aufgrund des gewählten Erhebungsdesigns keine - den folgend dargestellten „speziellen Wohneinrichtungen“ vergleichbaren – so ausführlichen Daten zur Leistungs- und Bewohnerstruktur dieser Heime vor. Damit bleiben auch die Herkunftsbezirke der Bewohner unberücksichtigt, die beispielsweise im Pflegeheim Beer mit seinen 204 belegten Plätzen von nur etwa zu einem Drittel von NiederösterreicherInnen belegt sind<sup>171</sup>.

Somit existieren neben den 11 Betreuungsstationen und dem Förderpflegeheim in Mauer (siehe unten) mit dem *Pflegeheim Beer für Psychiatrie und Neurologie* in Neulengbach mit 204 belegten Plätzen und dem *Pflegezentrum Hallerhof* in Puchenstuben mit 24 belegten Plätzen, zwei Pensionisten- und Pflegeheime, die (bis auf zwei Plätze im Pflegezentrum Hallerhof) zur Gänze mit Personen mit psychischen Beeinträchtigungen belegt waren. Von diesen insgesamt 226 Bewohnern mit psychischen Beeinträchtigungen waren 76 Bewohner unter 60 Jahre alt, das war knapp ein Viertel (23,3%) aller unter 60-jährigen psychisch kranken Heimbewohner. Das waren immerhin 23,0% aller 330 unter-60-jährigen Bewohner mit psychiatrischen Diagnosen in Pensionisten- und Pflegeheimen. Im Pflegeheim Beer betrug der Anteil der unter 60-Jährigen an den psychisch kranken Bewohnern 31,9% (n=65),

---

<sup>171</sup> laut Hinweis aus der zuständigen NÖ Landesabteilung GS 7

im Pflegezentrum Hallerhof sogar 50,0% (n=11). In beiden Heimen gemeinsam war der Anteil der psychisch kranken Bewohner unter 60 Jahre mit 33,6% mehr als fünf Mal so hoch wie in allen anderen Heimen gemeinsam.

Von allen 226 Bewohnern litten 100 Bewohner (44,3%) an einer psychoorganischen Störung, 98 (43,4%) an einer funktionellen Störung, 10 (4,4%) an einer Abhängigkeitsstörung und 18 (8,0%) an einer geistigen Behinderung.

Im Pflegeheim Beer betrug der Gesamtpersonal-Bewohner-Schlüssel 1 : 2,37 und der psychiatrische DGKP-Bewohner-Schlüssel nur 1 : 67,80; im Pflegeheim Hallerhof betrug der Gesamtpersonal-Bewohner-Schlüssel 1 : 2,29 und der psychiatrische DGKP-Bewohner-Schlüssel 1 : 31,01 (Tabelle 6). Im Vergleich dazu wies das Förderpflegeheim einen Gesamtpersonal-Bewohner-Schlüssel von 1 : 1,67 auf, wovon wiederum der psychiatrische DGKP-Bewohner-Schlüssel 1 : 2,90 betrug.

### **Spezielle Wohneinrichtungen für psychisch behinderte Personen<sup>172</sup>**

Wie schon zu Beginn dieses Abschnitts zur aktuellen Versorgungslage beschrieben, werden in dieser Kategorie alle Einrichtungen zusammengefasst, deren Leistungsangebote auf die Wohnbetreuung von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen spezialisiert sind. Unabhängig von der organisatorischen Trägerschaft und den Finanzierungsgrundlagen lassen sich diese Wohnangebote hinsichtlich der jeweiligen Betreuungsdichte prinzipiell in drei Unterformen<sup>173</sup> gliedern:

- a) Wohnformen mit Vollbetreuung rund um die Uhr
- b) Wohnformen mit Teilbetreuung tagsüber
- c) Wohnformen mit Punktbetreuung

In den 37 so definierten, speziellen Wohneinrichtungen für psychisch behinderte Menschen wurden insgesamt 684 Bewohner bei 710 verfügbaren Plätzen (96,3% Auslastung) betreut<sup>174</sup>.

---

<sup>172</sup> Eine vollständige Auflistung findet sich im Anhang.

<sup>173</sup> Orientiert an den Richtlinien für Einrichtungen für psychisch behinderte Menschen.

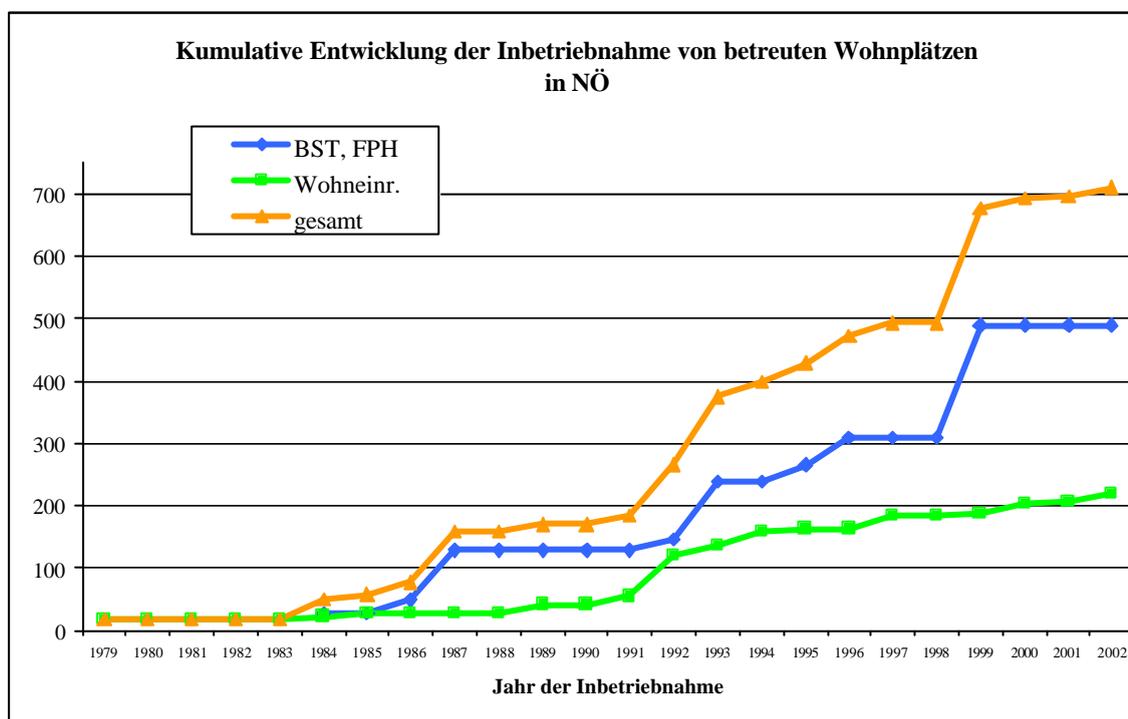
<sup>174</sup> Zwei Träger von Arbeitstrainingsmaßnahmen (ATZ Schiltern, pro mente NÖ) stellen für die Dauer der

Maßnahme insgesamt 31 weitgehend unbetreute Wohnplätze ausschließlich für die Trainees zur Verfügung. Die

Davon waren 556 Plätze (78,3%) in 14 vollbetreuten Einrichtungen und 154 Plätze (21,7%) in 23 teil- bzw. punktbetreuten Einrichtungen. Damit liegt das im PP95 empfohlene Verhältnis von 75%: 25% schon leicht verschoben zu Gunsten der vollbetreuten Wohnformen.

In Abbildung 4 wird die Ausbautentwicklung in diesem Bereich veranschaulicht<sup>175</sup>:

**Abbildung 4**



31 Wohnplätze sind in der vorliegenden Darstellung nicht Bestandteil der 710 verfügbaren betreuten Wohnplätze, sondern werden dem Bereich Arbeit und Ausbildung als flankierende Maßnahme zugeordnet.

<sup>175</sup> In Ermangelung der Daten über die jeweils zum Zeitpunkt der Inbetriebnahme der Einrichtungen vorgehaltenen Plätze, werden die aktuellen Platzzahlen in das jeweilige Jahr der Eröffnung transponiert. Diese methodische Unreinheit erscheint als Annäherung deshalb angebracht, weil im Längsschnitt erfahrungsgemäß nicht so sehr die Wohnplätze pro Einrichtung sondern eher deren Auslastung variieren.

Im Detail gliederten sich die betreuten Wohnformen, je nach Betreuungsdichte, in zwei Einrichtungstypen:

14 Einrichtungen boten vollbetreutes Wohnen mit insgesamt 556 Plätzen an. Das entspricht 78,3 % aller betreuten Wohnplätze in speziellen Wohneinrichtungen für psychisch behinderte Menschen mit durchschnittlich rund 40 Plätzen pro Einrichtung. Davon wurden im Untersuchungszeitraum 554 Plätze, also fast 100%, als belegt ausgewiesen (0,36/1000 EW).

23 Einrichtungen boten teil- oder punktbetreutes Wohnen mit insgesamt 154 Plätzen an. Das entspricht 21,7 % aller betreuten Wohnplätze in den speziellen psychiatrischen Einrichtungen mit durchschnittlich rund 7 Plätzen. Davon wurden im Untersuchungszeitraum 130 als belegt ausgewiesen (0,08/1000 EW), was einer Auslastung von 84,4% entsprach<sup>176</sup>.

Neben dem Land Niederösterreich als Träger der Betreuungsstationen und des Förderpflegeheimes mit insgesamt 489 Plätzen verteilten sich die restlichen 221 Plätze auf insgesamt sieben private Trägerorganisationen.

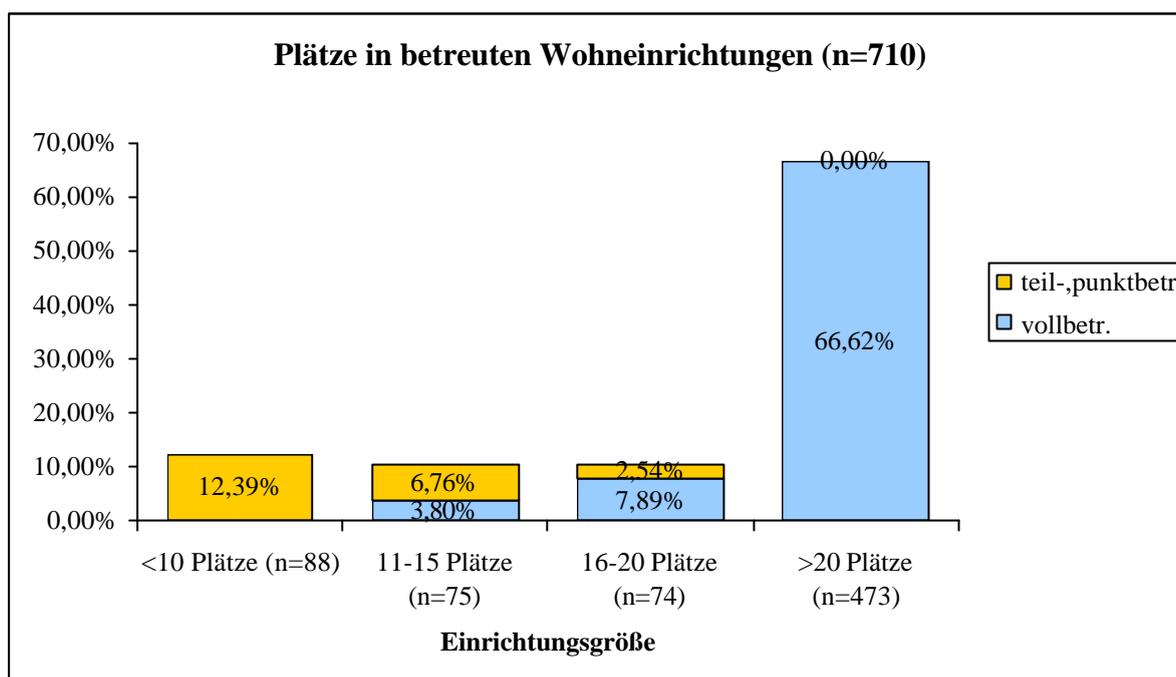
Die an der Platzzahl gemessene Einrichtungsgröße variierte in den 37 Einrichtungen eindeutig mit dem kategorialen Zeitausmaß der Vollbetreuung, Teilbetreuung und Punktbetreuung (Abbildung 3). 473 (66,6%) aller verfügbaren 710 Plätze befanden sich in Einrichtungen mit mehr als 20 Plätzen und wurden ausschließlich vollbetreut. Das heißt, dass 85,1% (n=473) aller 556 vollbetreuten Plätzen in Einrichtungen waren, deren Platzzahl die im Psychiatrieplan 1995 empfohlene Maximalgrenze von 20 Plätzen überschreitet. Zu berücksichtigen ist hier jedoch auch die laut NÖ Richtlinien für das betreute Wohnen geltende mögliche Variationsbreite von 13 - 50 Plätzen. Geht man von dieser Orientierungsziffer aus, dann lagen nur drei Einrichtungen darüber (Förderpflegeheim Mauer mit 179 Plätzen<sup>177</sup>, Betreuungsstation Baden mit 54 Plätzen und das Caritasheim Schiltern mit 55 Plätzen).

---

<sup>176</sup> Eine Wohngemeinschaft mit drei Plätzen in Schwechat befand sich im Untersuchungszeitraum in der Umstrukturierungs- und eine Wohngemeinschaft in Waidhofen/Thaya mit ebenfalls drei Plätzen in der Bezugsphase, weshalb diese insgesamt sechs Plätze als noch nicht belegt gemeldet wurden.

<sup>177</sup> Hier ist relativierend zu bemerken, dass die 179 Plätze auf 5 Pavillons aufgeteilt sind

Abbildung 5



Hinsichtlich der reintegrativen Funktion von betreuten Wohneinrichtungen (gemessen an den Entlassungen in private oder nicht-institutionelle Wohnformen) war ein deutlicher Unterschied zwischen den vollbetreuten, den teil- und den punktbetreuten Einrichtungen erkennbar. Aus den teilbetreuten Wohneinrichtungen fand mit 62 Entlassungen im Jahr 2001, das waren 78,5% der teilbetreuten Gesamtplätze, der weitaus größte Anteil statt. Davon erfolgten 82,3% der Entlassungen in private und nicht institutionelle Wohnformen. Die im Verhältnis dazu geringen Entlassungsraten in den anderen Wohneinrichtungen bewegten sich zwischen 3,2% in den Betreuungsstationen und 13,3% in den punktbetreuten Wohnformen. Erwartungsgemäß war unter diesen in den punktbetreuten Wohnformen der Anteil an Entlassungen in private Wohnformen mit 70,0% am höchsten. Dieser Unterschied im „turn-over“ korrelierte mit unterschiedlichen Ausprägungen in der Altersstruktur. Waren in den teilbetreuten/punktbetreuten Wohnformen fast 100% der Klienten unter 60 Jahre alt, so war in den vollbetreuten Wohnformen mehr als die Hälfte der Klienten 60 Jahre und älter. Umgekehrt gab es - wie schon im Abschnitt „Pensionisten- und Pflegeheime“ beschrieben - in allen Pensionisten- und Pflegeheimen unter den Bewohnern mit psychiatrischen Diagnosen einen rund 6%-igen Anteil von Unter-60-Jährigen, der immerhin 330 Klienten ausmachte. Von diesen 330 „jüngeren“ Klienten wurden 69 Personen (20,9%) mit psychoorganischen

Störungen, 82 Personen (24,8%) mit funktionellen Störungen, 54 Personen (16,4%) mit Abhängigkeitserkrankungen und 125 Personen (37,9%) mit Intelligenzminderungen angegeben. Zieht man die Anzahl der 125 Personen mit Intelligenzminderungen ab, so verbleiben insgesamt 205 Personen mit einem Lebensalter unter 60 Jahre, die somit rund 4% aller Personen mit psychiatrischen Diagnosen in den Pensionisten- und Pflegeheimen ausmachen.

Im Bereich der Familienpflege gab es weiterhin, wie schon zum Zeitpunkt der Erstellung des Planes im Jahre 1995, keine systematisch betriebenen Versorgungsaktivitäten in Niederösterreich, wie es z.B. in der Steiermark, Oberösterreich und Kärnten der Fall ist. In welchem Verhältnis hier geringe Attraktivität für die Anbieter einerseits und fehlende Nachfrage seitens der Betroffenen, Angehörigen und zuweisenden Stellen andererseits zueinander stehen, kann mit der verfügbaren Informationslage nicht schlüssig beantwortet werden.

### **Vollbetreute Wohnformen<sup>178</sup>**

Zu den vollbetreuten Wohnformen wurden in der vorliegenden Evaluation die 11 Betreuungsstationen, das Förderpflegeheim in Mauer und zwei weitere – gemäß den Richtlinien des Landes NÖ - vollbetreute Einrichtungen, nämlich die Caritasheime Schiltern und das Haus der Künstler in Maria Gugging, gezählt.

Betreuungsstationen sind Organisationseinheiten von NÖ Landes-Pensionisten- und Pflegeheimen und ausschließlich für die Betreuung von Personen mit psychischen, geistigen und mehrfachen (geistigen und psychischen) Beeinträchtigungen konzipiert. Das seit 1999 betriebene Förderpflegeheim in Mauer zählt zu den NÖ Landes-Pensionisten- und Pflegeheimen und ist mit seinen drei Betreuungseinheiten<sup>179</sup> und einer Einheit für Tagesbetreuung, die auf sechs ehemalige Pavillons der LNK Mauer verteilt sind, ebenfalls ausschließlich für psychisch, geistig und mehrfach behinderte Menschen konzipiert.

---

<sup>178</sup> Eine vollständige Auflistung findet sich im Anhang.

<sup>179</sup> Eine Einheit für 28 pflegebedürftige psychisch behinderte Klienten, eine Einheit für 79 psychisch beeinträchtigte Langzeitklienten, eine Einheit für 66 geistig behinderte Klienten. Ergänzend sei angemerkt, dass die gemeldete Anzahl an Personen mit geistiger Behinderung mit insgesamt 82 Nennungen die 66 Plätze der dafür vorgesehenen Einheit übersteigt, was sich möglicherweise mit einer gewissen Anzahl von Personen mit mehrfacher (geistiger und psychischer) Behinderung erklären lässt.

Vollbetreute Wohneinrichtungen sind nach den „Richtlinien für Einrichtungen für psychisch behinderte Menschen“ der NÖ Landesabteilung GS 5 ausgerichtet. In diesen Einrichtungen liegt der Schwerpunkt eindeutig bei der Versorgung von psychisch behinderten Personen, wobei die konkreten Erhebungsergebnisse mit 15 (22,7% der 66 belegten Plätze) gemeldeten Personen mit Intelligenzminderung auch hier einen Überschneidungsbereich zur Behindertenhilfe anzeigen.

In den **11 Betreuungsstationen** (310 Plätze) **und dem Förderpflegeheim** (179 Plätze) mit einem gemeinsamen Platzangebot von 489 Plätzen - das entspricht 68,9% aller betreuten Wohnplätze - waren zum Erhebungszeitpunkt 488 Plätze belegt (0,32/1000 EW).

In den **zwei weiteren Einrichtungen für vollbetreutes Wohnen**, nämlich den Caritasheimen Schiltern (55 Plätze) und dem Haus der Künstler in Maria Gugging (12 Plätze), mit insgesamt 67 Plätzen - das sind 9,4% aller betreuten Wohnplätze - waren 66 belegt (0,04/1000 EW).

Der Altersmedian der Bewohner aller vollbetreuten Einrichtungen betrug 61,2 Jahre. 46,8% (n=259) der Personen waren jünger als 60 Jahre, 53,2% (n=295) 60 Jahre und älter. 54,9% der Bewohner in vollbetreuten Einrichtungen waren Männer (n=304), 45,1% Frauen (n=250). Der überwiegende Teil litt an funktionellen Störungen (57,2%, n=317), 26,7% (n=148) an geistiger Behinderung, 11,6 % (n=64) an psychoorganischen Störungen und 4,5% (n=25) an Alkoholerkrankungen. In der Gruppe der 259 Unter-60-Jährigen dominierten die 151 Personen (58,3%) mit funktionellen Störungen, gefolgt von 76 Personen (29,3%) mit Intelligenzminderungen.

Vergleiche zwischen den Bewohnern im Förderpflegeheim (n=179), in den 11 Betreuungsstationen (n=309) und in den zwei weiteren vollbetreuten Einrichtungen (n=66) zeigten, dass es deutliche Unterschiede in der Altersstruktur gab. Im Förderpflegeheim lag der Altersmedian bei 66,6 Jahren, 33,5% (n=60) der Bewohner waren jünger als 60 Jahre, 66,5% (n=119) 60 Jahre und darüber. Von den 60 Unter-60-Jährigen wurden für 38 Personen (63,3%) Intelligenzminderungen und für 18 Personen (30,0%) funktionelle Störungen gemeldet.

Die Bewohner der Betreuungsstationen waren durchschnittlich 61,5 Jahre alt, 45,0% (n=139) waren jünger als 60 Jahre, 55,0% (n=170) 60 Jahre und darüber. Bei den unter-60-jährigen

BewohnerInnen lag der Anteil (64,0%, n=89) der Personen mit funktionellen Störungen deutlich über dem Anteil (18,0%, n=25) der Personen mit Intelligenzminderungen.

In den beiden anderen vollbetreuten Einrichtungen (Haus der Künstler und Caritasheime Schiltern) waren die Bewohner dagegen deutlich jünger: der Altersmedian betrug hier 41,3 Jahre, mit einem Anteil von 90,9% (n=60) an Bewohnern unter 60 Jahre und lediglich 9,1% (n=6) von 60 Jahren und darüber. Unter den 60 Bewohnern unter 60 Jahre wurden 44 Personen (73,3%) mit funktionellen Störungen und 13 Personen (21,7%) mit Intelligenzminderungen gemeldet.

Die Personalsituation gestaltete sich aufgrund der Inhomogenität der in dieser Kategorie zusammengefassten vollbetreuten Wohneinrichtungen sehr unterschiedlich (Tabelle 6a). Im Förderpflegeheim Mauer erfolgte die Betreuung hauptsächlich durch psychiatrisch diplomiertes Pflegepersonal (57,6%-iger Anteil an der Gesamtarbeitszeit), in den Betreuungsstationen durch Alten- und Pflegehelfer (45,1%-iger Anteil an der Gesamtarbeitszeit). Beides ist durch die organisatorische Einbindung (Betreuungsstationen) in die bzw. Entwicklung (Förderpflegeheim) aus der jeweiligen „Mutterorganisation“ erklärbar. Im Haus der Künstler, das aus der LNK Gugging (Donauklinikum) ausgegliedert wurde, war hauptsächlich nicht-diplomiertes Pflegepersonal tätig. Hingegen wurden die Bewohner in der zweiten vollbetreuten Wohneinrichtung, dem Caritasheim Schiltern, fast ausschließlich durch Behindertenbetreuer und verschiedenstes therapeutisches Personal versorgt. Die mit der Ausgliederung des Förderpflegeheims einhergehenden verstärkten Personalentwicklungsmaßnahmen in der LNK Mauer könnten den in dieser Kategorie am höchsten ausgeprägten Personalschlüssel bewirkt haben.

**Tab.6a: Personal-Bewohnerschlüssel und  
Wochenstunden/Bewohner in vollbetreuten  
Einrichtungen**

	<b>Förderpflegeheim</b> 179 Plätze		<b>Betreuungsstationen</b> 310 Plätze		<b>vollbetreute Einrichtungen</b> 67 Plätze	
<b>Personal</b>	<i>Personal- Bewohner- Schlüssel</i>	<i>Wochen- Stunden./ Bewohner</i>	<i>Personal- Bewohner- Schlüssel</i>	<i>Wochen- Stunden/ Bewohner</i>	<i>Personal- Bewohner- Schlüssel</i>	<i>Wochen- Stunden/ Bewohner</i>

Gesamt	1 : 1,67 <sup>180</sup>	23,97	1 : 3,05	13,13	1 : 2,21	18,12
<b>DGKP</b>	1 : 26,52	1,51	1 : 11,01	3,63	nicht vorhanden	nicht vorhanden
<b>Psychiatrische DGKP</b>	1 : 2,90	13,80	1 : 103,33	0,39	1 : 60,91	0,66
<b>Therapeutisches Personal<sup>181</sup></b>	1 : 59,67	0,67	1 : 196,83	0,20	1 : 11,31	3,54
<b>Psychiater</b>	nach Bedarf	nach Bedarf	1 : 527,66	0,08	1 : 81,21	0,49
<b>Sonstiges Personal<sup>182</sup></b>	1 : 5,01	7,99	1 : 4,53	8,83	1 : 2,98	13,44

Was die Tagesstruktur, Arbeit und Beschäftigung in den vollbetreuten Einrichtungen betrifft, so gingen 44,9% (n=249) der Bewohner keinerlei Arbeit/Beschäftigung nach<sup>183</sup>, 45,7% (n=253) hatten eine von der Einrichtung aus organisierte, regelmäßige Tagesstruktur, 8,5% (n=47) besuchten eine Tagesheimstätte/einen Club und 0,1% (n=5) waren in einer geschützten Werkstätte, an einem geschützten Arbeitsplatz oder in einem sonstigen Bereich beschäftigt.

Im Jahr 2001 wurden in allen vollbetreuten Einrichtungen insgesamt 60 Bewohner aufgenommen (10,8% der gesamten vollbetreuten Plätze) und 32 Personen entlassen (5,8% der gesamten vollbetreuten Plätze), 23 Bewohner sind während des Aufenthaltes verstorben (4,1% der gesamten vollbetreuten Plätze). Die 32 Entlassungen erfolgten zu 31,3% (n=10) in private Wohnformen, zu 9,4% (n=3) in speziell betreute Wohneinrichtungen, zu 34,4% (n=11) in Pensionisten- und Pflegeheime und zu 25,00% (n=8) in sonstige Einrichtungen (Forensik, LNK-Langzeitbereich).

<sup>180</sup> In diesem Wert sind Psychiater nicht inbegriffen, die laut Angabe des Heimes im Bedarfsfall konsiliariter aus der LNK Mauer beansprucht werden. Deshalb wurden auch keine konkreten Zeitangaben für psychiatrische Leistungen angegeben.

<sup>181</sup> Psychologen, Behindertenpädagogen, DAS, Physio-, Ergo-, Musik, Psycho-, Kunsttherapeuten, Lebens-/Sozialberater

<sup>182</sup> Alten-, Pflegehelfer, Hilfspflegepersonal, Seniorenbetreuer, Behinderten-, Sozialbetreuer, Pflegeschüler, Zivildienstler, ehrenamtliche Helfer

<sup>183</sup> In diesem Zusammenhang ist das Ergebnis zu berücksichtigen, dass 295 (53,2%) aller 554 belegten Plätze von Personen mit einem Alter ab 60 Jahren eingenommen wurden.

Was die Beurteilung der Angemessenheit der derzeitigen Wohn-/ Betreuungsform betrifft<sup>184</sup>, so wurde vom Betreuungspersonal die gegenwärtige Wohn-/Betreuungsform bei 405 der Bewohner (76,9%) als die angemessene eingeschätzt, für 38 Bewohner (7,2%) wurde eine geringer bzw. weniger spezifisch betreute Lebenssituation als optimal angesehen, und immerhin 84 Bewohner (15,9%) wurden so eingeschätzt, dass sie mehr bzw. spezifischere Versorgungsangebote bräuchten.

Hinweise auf die Komorbidität der Bewohner lieferten die Ergebnisse zu den körperlichen Erkrankungen und Behinderungen und Sinnesbehinderungen sowie zu den Pflegezuschlägen im Förderpflegeheim und den Betreuungsstationen:

Von allen 554 Bewohnern der vollbetreuten Einrichtungen litten 27,3% (n=151) an chronischen körperlichen Erkrankungen, 15,2% (n=84) an körperlichen Behinderungen und 9,7% (n=54) an Sinnesbehinderungen. Im Förderpflegeheim und den Betreuungsstationen (n=488 Bewohner) litten 29,3% (n=143) an chronischen körperlichen Erkrankungen, 16,6% (n=81) an körperlichen und 10,9% (n=53) an Sinnesbehinderungen. In den beiden anderen vollbetreuten Einrichtungen (Caritasheime Schiltern und Haus der Künstler mit insgesamt 66 Bewohnern) betrug der Anteil an chronisch körperlich Erkrankten 12,1% (n=8), körperliche Behinderungen betreffen 4,5% (n=3), Sinnesbehinderungen 1,5% (n=1).

Alle 488 Bewohner des Förderpflegeheims und der Betreuungsstationen hatten Pflegezuschläge. Diese verteilten sich im Förderpflegeheim wie folgt: 1,7% (n=3) Stufe 2, 12,8% (n=23) Stufe 3, 40,2% (n=72) Stufe 4, 15,1% (n=27) Stufe 5, 17,9% (n=32) Stufe 6, 4,5% (n=8) Stufe 7 und 7,8% (n=14) Intensivpflege. Die Verteilung in den Betreuungsstationen spricht für einen geringeren, aber dennoch deutlichen Pflegebedarf der Bewohner. Sie gestaltete sich folgendermaßen: 3,6% (n=11) Stufe 1, 15,5% (n=48) Stufe 2, 32,0% (n=99) Stufe 3, 32,7% (n=101) Stufe 4, 13,6% (n=42) Stufe 5 und 2,6% (n=8) Stufe 6.

---

<sup>184</sup> 27 Personen ohne Angaben wurden aus den Berechnungen ausgeklammert; n=527

### *Exkurs: Die Betreuungsstationen im Detail*

Seit dem Jahr 1995 sind zu den damals bestehenden drei neue Betreuungsstationen in Gutenstein, Mank und Zwettl dazugekommen. Danach fand außer der Inbetriebnahme des Förderpflegeheims in Mauer mit 1.1.1999<sup>185</sup> kein diesbezüglicher Ausbau mehr statt.

In den nunmehr 11 bestehenden Betreuungsstationen mit insgesamt 310 Plätzen befanden sich im Untersuchungszeitraum 309 Bewohner (58,6% Männer, 41,4% Frauen) mit einem durchschnittlichen Altersmedian von 61,5 Jahren. Mehr als die Hälfte der Bewohner (55,0%) war 60 Jahre und älter. Bei den psychiatrischen Diagnosen dominierten funktionelle Störungen (59,2%). Psychoorganische Störungen (16,8%) und geistige Behinderungen (16,5%) lagen in annähernd gleicher Häufigkeit vor, an Alkoholerkrankungen litten 7,4% der Bewohner.

Was das Betreuungsangebot betrifft, deckten laut Umfrageergebnissen die Betreuungsstationen das breite Spektrum der alltagsunterstützenden Hilfen in den Einrichtungen selbst ab. Zusätzlich bestand eine volle Abdeckung durch beschäftigungstherapeutische und kommunikations- und kontaktfördernde Maßnahmen. Allerdings korrespondiert dieses Angebot an Leistung nur gering mit der generell verfügbaren Personalstruktur. Die Personalverfügbarkeit in allen 11 Betreuungsstationen mit 310 Plätzen betrug 13,1 Wochenstunden pro Klient, das entspricht einem Personal-Bewohner-Schlüssel von 1 : 3,1. Der Anteil an psychiatrischen DGKP-Personen in allen Betreuungsstationen belief sich auf drei Personen mit insgesamt 120 Wochenstunden, was einer theoretischen Verfügbarkeit von 0,4 Wochenstunden pro Bewohner bzw. einem Personal-Bewohner-Schlüssel von 1 : 102,6 entspricht. Das bedeutet konkret, dass nur in 3 Betreuungsstationen jeweils eine psychiatrische DGKP-Person vorhanden war. Im Vergleich dazu belief sich der Anteil an allgemeinem DGKP-Personal auf 34 Personen mit insgesamt 1126 Wochenstunden, was einem theoretischen Personalschlüssel von 3,4 Wochenstunden pro Bewohner bzw. einem Personal-Bewohner-Schlüssel von 1 : 11,9 gleichkommt.

Im Vergleich zum Förderpflegeheim und den privaten „psychiatrischen“ Heimen Beer und Hallerhof fiel der Personalschlüssel sowohl hinsichtlich Gesamtpersonal als auch hinsichtlich diplomiertem psychiatrischen Fachpersonal in den Betreuungsstationen erheblich schlechter

---

<sup>185</sup> Mit einer derzeitigen Platzkapazität von 179 Plätzen.

aus (Tabelle 6b). Auch beim therapeutischen Personal fiel die durchschnittliche Rate in den Betreuungsstationen schlechter aus als im Förderpflegeheim Mauer und im Heim Beer.

**Tab.6b: Personal-Bewohnerschlüssel**

<i>Personal</i>	<i>Betreuungsstation en</i> 310 Plätze	<i>Förderpflegeheim m</i> 179 Plätze	<i>Heim Beer</i> 204 Plätze	<i>Heim Hallerhof</i> 31 Plätze
Gesamt	1 : 3,05	1 : 1,67 <sup>186</sup>	1 : 2,37	1 : 2,29
DGKP	1 : 11,01	1 : 26,52	1 : 51,28	1 : 5,06
Psych.DGKP	1 : 103,33	1 : 2,90	1 : 67,80	1 : 31,01
Therap.Personal 187	1 : 196,83	1 : 59,67	1 : 102,56	1 : 307,69
Psychiater	1 : 527,66	k.A.	1 : 200,00	1 : 307,69

Fast alle Betreuungsstationen hatten in den Nachtstunden eine Rufbereitschaft eingerichtet, die im Hauptheim situiert war. Ein tatsächlicher Nachtdienst stellte die Ausnahme dar und befand sich lediglich in drei von den 11 Betreuungsstationen. So betrachtet wären die Betreuungsstationen nur bedingt als vollbetreute Wohnformen zu werten.

Lokale Unterschiedlichkeiten im therapeutischen und beratenden Angebot und im Diagnosespektrum der Klienten weisen auf eine breite Diversifikation, deren Motive aus den bisherigen Kenntnissen nicht vollständig ableitbar sind. Eine allgemein geltende Ziel- und Aufgabensetzung mit entsprechender Ressourcenverfügbarkeit scheint insgesamt aber zu fehlen.

Ein weiteres bemerkenswertes Ergebnis liefert die genauere Analyse der Landes-Pensionisten- und Pflegeheime mit und ohne integrierter Betreuungsstation: Die Tatsache, ob ein LPPH eine Betreuungsstation besitzt oder nicht, schlägt sich zwar im Anteil der Personen mit psychiatrischen Diagnosen in den Pensionisten- und Pflegebereichen der jeweiligen LPPHs, kaum aber in der Alters- und Diagnosestruktur dieser Teilgruppe nieder:

<sup>186</sup> In diesem Wert sind Psychiater nicht, die laut Angabe des Heimes im Bedarfsfall konsiliariter aus der LNK Mauer beansprucht werden. Deshalb wurden auf keine konkreten Zeitangaben für psychiatrische Leistungen angegeben.

<sup>187</sup> Psychologen, Behindertenpädagogen, DSA, Physio-, Ergo-, Musik, Psycho-, Kunsttherapeuten, Lebens-/Sozialberater

Abbildung 6

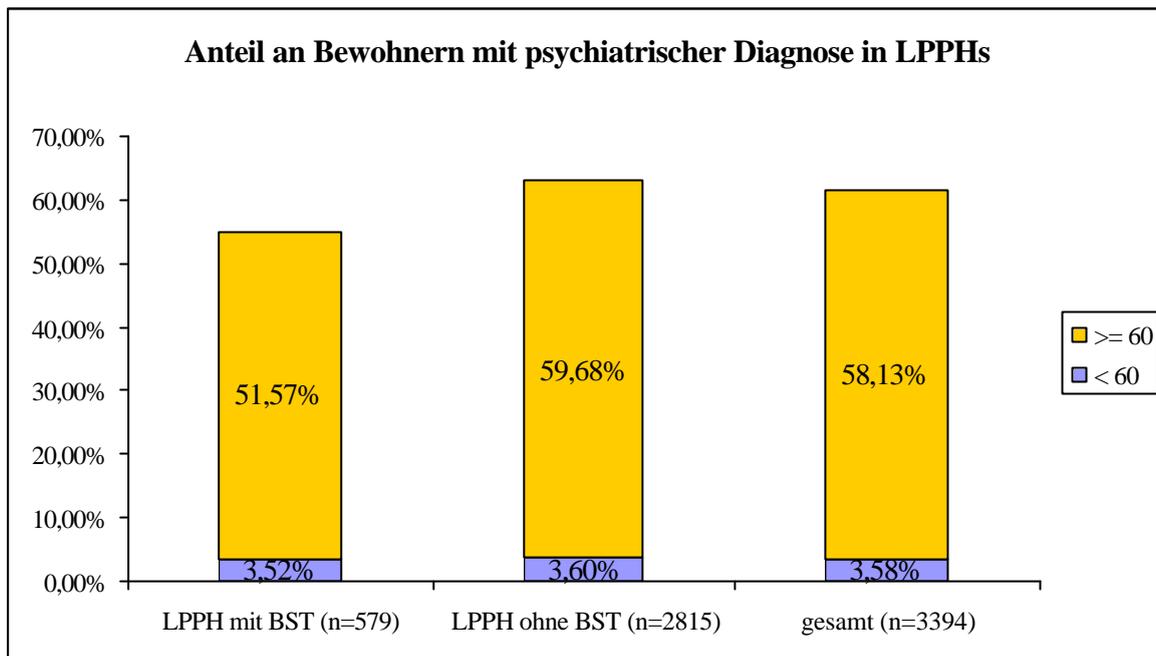
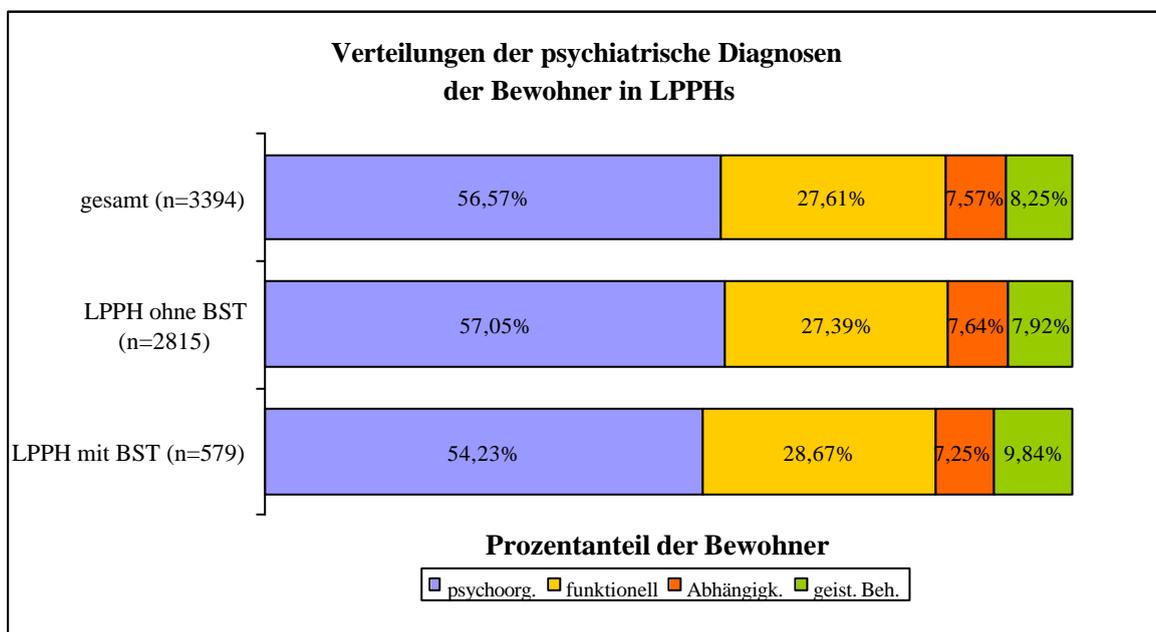
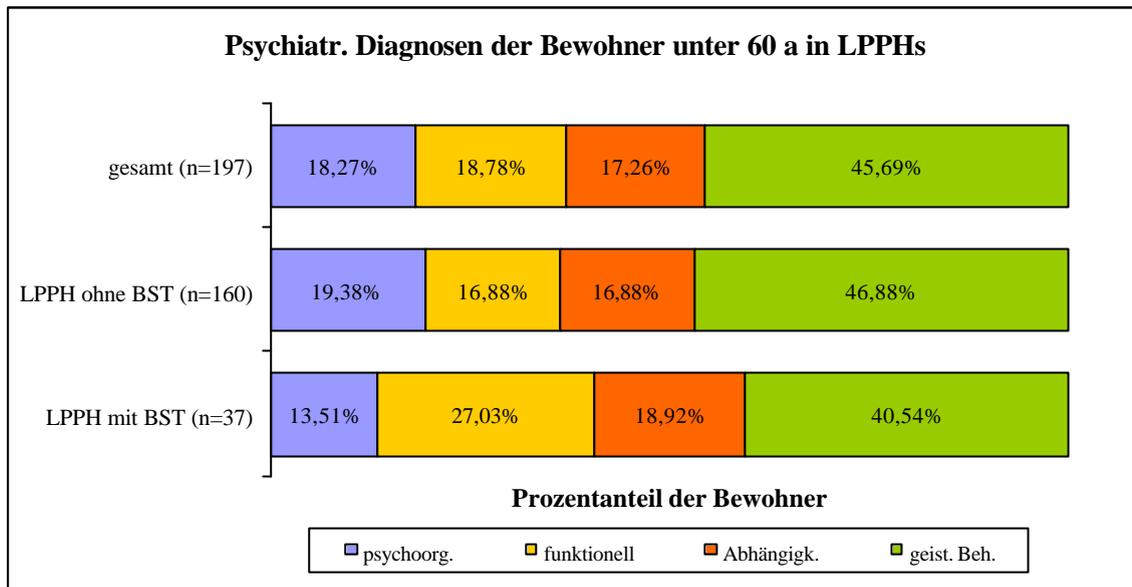


Abbildung 7



Vergleicht man die Verteilung der psychiatrischen Diagnosen bei den unter 60-jährigen Bewohnern gesondert, zeigt sich ein interessanter Teilaspekt: In den Pensionisten- und Pflegebereichen der Heime mit Betreuungsstationen herrscht eine Tendenz zu einer höheren Konzentration an funktionellen Störungen und dafür einer geringeren Konzentration an psychoorganischen Störungen und geistigen Behinderungen vor.

**Abbildung 8**



Aufgrund dieser Ergebnisse scheinen die Betreuungsstationen nicht den erwarteten Steuerungseffekt gebracht zu haben, die Versorgung von jüngeren Personen (unter 60 Jahre) mit psychiatrischen Diagnosen von den Pensionisten- und Pflegebereichen weg in die Betreuungsstationen mit speziellem Angebot hin zu lenken. Mehr als 50% der Bewohner von Betreuungsstationen waren über 60 Jahre alt. Zusätzlich wiesen die Heime mit integrierten Betreuungsstationen im Vergleich zu den Heimen ohne Betreuungsstationen keine erwartungsgemäßen Unterschiede im Anteil an Bewohner unter 60 Jahre auf. Lediglich bei den Bewohnern über 60 Jahre zeigte sich insgesamt in den Heimen mit Betreuungsstationen ein geringerer Anteil als in den Heimen ohne Betreuungsstationen.

Abschließend dazu kann die Hypothese formuliert werden, dass sich als Versorgungseffekt durch die Inbetriebnahme der Betreuungsstationen statt einer Umlenkung der jüngeren Bewohner mit psychiatrischen Diagnosen aus den Pensionisten- und Pflegebereichen der Heime in die speziellen Betreuungseinheiten vielmehr eine Erhöhung der Gesamtaufnahmekapazität für Personen mit psychiatrischen Diagnosen in den entsprechenden Landes-Pensionisten- und Pflegeheimen eingetreten ist.

### *Teil- und punktbetreutes Wohnen<sup>188</sup>*

In 8 Einrichtungen für teilbetreutes Wohnen<sup>189</sup> mit angebotenen 79 Plätzen (11,1% aller 710 betreuten Wohnplätze) waren 67 belegt (0,04/1000 EW). Die Plätze verteilten sich auf

- 39 Plätze mit Betreuung von mindestens 20 h/Wo (Kategorie 1), wovon 33 Plätze (84,6%) zum Erhebungszeitpunkt belegt waren.
- 11 Plätze mit Betreuung von mindestens 40 h/Wo (Kategorie 2), wovon 7 Plätze (63,64%) belegt waren.
- 29 Plätze mit Betreuung von mindestens 55 h/Wo (Kategorie 3), wovon 27 Plätze (93,10%) belegt waren.

In 15 Einrichtungen für punktbetreutes Wohnen<sup>190</sup> mit angebotenen 75 Plätzen (10,6% aller 710 betreuten Wohnplätze) waren 63 belegt<sup>191</sup> (0,04/1000 EW), was einer Auslastung von 84,0% entspricht. In diesem Einrichtungstyp werden für den ersten Wohnplatz einer Einrichtung drei Stunden pro Woche an Betreuung finanziert, für jeden weiteren Platz eine Stunde pro Woche.

Der Altersmedian der Bewohner teil- und punktbetreuter Einrichtungen lag bei 38,0 Jahren und nur zwei Bewohner (1,5%) waren älter als 59 Jahre. Die Bewohner dieser Wohnformen waren zu 58,5% Männer (n=76) und zu 41,5% Frauen (n=54). Fast alle Bewohner (98,5%, n=128) litten an funktionellen Störungen, 2 Bewohner (1,5%) an Alkoholkrankungen.

Von den 123 Bewohnern<sup>192</sup> der teil- und punktbetreuten Einrichtungen hatten 6,5 % (n=8) keine regelmäßige Arbeit/Beschäftigung, 19,5% (n=24) nutzten eine von der Einrichtung aus organisierte Tagesstruktur, 61,0% (n=75) besuchten einen Club oder eine Tagesheimstätte, 13,0% (n=16) hatten eine Arbeit bzw. besuchten ein Arbeitstrainingszentrum/eine geschützte Werkstätte.

---

<sup>188</sup> Eine vollständige Auflistung findet sich im Anhang.

<sup>189</sup> Nach den NÖ Richtlinien für Einrichtungen für psychisch behinderte Menschen.

<sup>190</sup> Nach den NÖ Richtlinien für Einrichtungen für psychisch behinderte Menschen.

<sup>191</sup> Zwei Wohngemeinschaften mit je drei Plätzen (Schwechat, Waidhofen/Thaya) waren zum Erhebungszeitpunkt noch nicht besiedelt.

<sup>192</sup> Über fünf Personen lagen keine Angaben vor, zwei weitere Personen waren nicht zuordenbar

Im Jahr 2001 wurden in den teil- und punktbetreuten Einrichtungen 79 Personen (51,3% der gesamten teil-/punktbetreuten Plätze) aufgenommen und 72 Personen (46,8% der gesamten teil-/punktbetreuten Plätze) entlassen. Die 72 Entlassungen erfolgten zu 80,6% (n=58) in private Wohnformen, zu 12,5% (n=9) in betreute Wohnformen, zu 2,8% (n=2) in Pensionisten- und Pflegeheime und zu 4,2% (n=3) in den Langzeitbereich einer Landesnervenklinik.

Die Angemessenheit der gegenwärtigen Versorgungsform wurde durch das Betreuungspersonal folgendermaßen eingeschätzt<sup>193</sup>: Bei einem Großteil der Bewohner, nämlich 73,2% (n=90), wurde die derzeitige Wohn- und Betreuungssituation als angemessen beurteilt, bei 16,3% (n=20) der Bewohner wurde ein geringerer bzw. weniger spezifischer Betreuungsbedarf angegeben, 10,6% (n=13) der Bewohner brauchten laut Einschätzung mehr bzw. spezifischere Versorgungsleistungen. Somit betrug auch hier, wie bei den vollbetreuten Einrichtungen, der Anteil der als fehlplaziert eingeschätzten Bewohner rund ein Viertel, allerdings dominierte hier die Gruppe derer, die als übertsorgt eingestuft wurden.

Die Komorbiditätsrate in den teil-/punktbetreuten Einrichtungen fiel im Vergleich zu den vollbetreuten Wohnformen eher gering aus: 15,4% (n=20) der Bewohner litten an einer chronischen körperlichen Erkrankung, jeweils 1 Person (0,8%) an einer Körper- bzw. Sinnesbehinderung.

Die Personalsituation stellte sich wie folgt dar<sup>194</sup>:

**Tab.7: Personal-Bewohnerschlüssel**

<i>Personal</i>	<i>Vollbetreuung</i> 67 Plätze	<i>Teilbetreuung</i> 79 Plätze	<i>Punktbetreuung</i> 75 Plätze	<i>Gesamt</i> 221 Plätze
Gesamt	1 : 2,21	1 : 3,37	1 : 23,17	1 : 3,86
DGKP	-	-	1 : 176,47	1 : 513,95
Psych.DGKP	1 : 60,91	1 : 632,00	-	1 : 89,84
Therap.Personal 195	1 : 11,31	1 : 11,89	1 : 56,60	1 : 15,90
Psychiater	1 : 81,21	1 : 3160,00	-	1 : 256,98

<sup>193</sup> Sieben Personen ohne Angaben wurden aus den Berechnungen ausgeklammert; n=123.

### *Verfügbarkeit des Angebotes*

Um einen Einblick in die aktuelle Angebotsstruktur, gegliedert nach Regionen und Bezirken (Sektoren) und - davon abgeleitet - Hinweise auf das erreichte Ausmaß der Bedarfsdeckung zu erlangen, wurde die sogenannte „treated prevalence“ im Bereich Selbstversorgung und Wohnen und deren tatsächlicher regionaler/sektorieller Versorgungsstand erfasst, um dadurch mögliche Über- bzw. Unterversorgungstrends erkennen zu können.

Dabei zeigte sich, dass 53,2% (n=364) der untersuchten Klienten in Wohnformen innerhalb ihrer jeweiligen Herkunftsregion lebten.

**Tabelle 8**

<i>Region</i> <i>Einwohnerzahl</i>		<i>Bewohner aus der Region</i>		<i>Plätze in der Region</i>		<i>Platzrate für Bewohner aus der Region</i>
		<i>Anzahl</i>	<i>/1000 EW</i>	<i>Anzahl</i>	<i>/1000 EW</i>	
<b>Wein-</b> <b>viertel</b>	Weinviertel 287.483	94	0,33	105	0,37	1,12
	<b>Industrie-</b> <b>viertel</b>	Thermenregion 317.090	89	0,28	95	0,30
	Bucklige Welt 195.305	65	0,33	38	0,19	0,58
<b>NÖ</b> <b>Mitte</b>	NÖ Mitte Nord 192.669	59	0,31	79	0,41	1,34
	NÖ Mitte Süd 169.514	75	0,44	31	0,18	0,41
<b>Most-</b> <b>viertel</b>	Mostviertel 237.461	188	0,79	304	1,28	1,62
<b>Wald-</b> <b>viertel</b>	Waldviertel 146.282	67	0,46	58	0,40	0,87
	and. Herkunft	47				
<b>NÖ gesamt</b> <b>1.545.804</b>		<b>684</b>	<b>0,44</b>	<b>710</b>	<b>0,46</b>	<b>1,04</b>

<sup>194</sup> Zur Vergleichsmöglichkeit werden hier alle 3 Wohnformen nach den NÖ Richtlinien für betreutes Wohnen dargestellt.

<sup>195</sup> Psychologen, Behindertenpädagogen, DSA, Physio-, Ergo-, Musik-, Psychotherapeuten, Logopäden und Heilmasseur

Tabelle 9

		<i>Belegungen in der Region</i>				<i>Deckungsrate für Bewohner aus der Region</i>
		<i>Gesamtbewohner</i>		<i>Bewohner mit regionaler Herkunft</i>		
<i>Region Einwohnerzahl</i>		<i>Anzahl</i>	<i>%-</i>	<i>Anzahl</i>	<i>% - Platzanteil</i>	
<i>Weinviertel</i>	Weinviertel 287.483	103	98,10%	61	59,22%	64,89%
<i>Industrieviertel</i>	Thermenregion 317.090	92	96,84%	61	66,30%	68,53%
	Bucklige Welt 195.305	38	100,00%	27	71,05%	41,54%
<i>NÖ Mitte</i>	NÖ Mitte Nord 192.669	78	98,73%	16	20,51%	27,12%
	NÖ Mitte Süd 169.514	29	93,55%	22	75,86%	29,33%
<i>Mostviertel</i>	Mostviertel 237.461	294	96,71%	156	53,06%	82,98%
<i>Waldviertel</i>	Waldviertel 146.282	50	86,21%	21	42,00%	31,34%
<b>NÖ gesamt 1.545.804</b>		<b>684</b>	<b>96,34%</b>	<b>364</b>	<b>53,22%</b>	<b>53,22%</b>

Bis auf die Regionen NÖ Mitte Süd (mit einer Rate von 0,41) und Bucklige Welt (mit einer Rate von 0,58) stimmte mit geringen Abweichungen das regionale Platzangebot mit dem regionalen Bedarf<sup>196</sup> überein. Obwohl in diesen beiden Regionen jeweils in etwa die Hälfte der so benötigten betreuten Wohnplätze fehlte und somit ein deutlicher Anpassungsbedarf

<sup>196</sup> definiert durch die Anzahl der aus der jeweiligen Region stammenden Gesamtklientenzahl

vorherrscht, wurden die wenigen vorhandenen Plätze in einem verhältnismäßig hohen Ausmaß (in beiden Regionen mehr als 70%) für den regionalen Bedarf genutzt. In der Region NÖ Mitte Nord war das regionale Platzangebot merkbar höher als der regionale Bedarf, die entsprechende Rate betrug 1,34. Die in dieser Region vorhandenen Plätze wurden nur zu etwa 20% von Bewohnern aus dieser Region eingenommen.

Dieses Phänomen lässt sich auf die Bewohnerstatistiken der Caritasheime Schiltern (18%-iger Anteil an Bewohnern aus der Region) und des Hauses der Künstler in Gugging (9%-iger Anteil) zurückführen. Die große Ausnahme in der Angebotsstruktur bildete aber das Mostviertel, wo sich durch das Förderpflegeheim mit 179 Plätzen eine so berechnete Überversorgung mit einer Rate von 1,62 ergab. Der auffällig hohe Anteil von Klienten aus der Herkunftsregion Mostviertel erklärt sich eindeutig durch die Gruppe der ehemaligen Langzeitpatienten der LNK Mauer, die in das Förderpflegeheim vor Ort überführt wurden.

Zwar gab es in allen Regionen ein Angebot unterschiedlichen Ausmaßes an betreuten Wohnformen, allerdings keines in den Bezirken Hollabrunn, Korneuburg, Mödling<sup>197</sup>, Bruck/Leitha und Neunkirchen (siehe Anhang).

Betrachtet man darüber hinaus in Tabelle 10 die Herkunftsbezirke der Bewohner und setzt sie mit dem Angebot an betreuten Wohnplätzen in den einzelnen Bezirken in Beziehung, so zeigen sich deutliche lokale Unterschiede zwischen dem Bedarf (Anzahl der Bewohner betreuter Einrichtungen) und der Verfügbarkeit von Plätzen. So berechnet fand sich ein deutliches „Überangebot“ (>2 Plätze/ Bewohner) in 4 Bezirken<sup>198</sup> und ein relatives „Überangebot“ (1,22 - 1,38 Plätze/Bewohner) in 5 Bezirken<sup>199</sup>. In 4 Bezirken<sup>200</sup> wurde der so bestimmte Bedarf an betreuten Wohnplätzen nur unzureichend gedeckt (0,25 - 0,50 Plätze/Bewohner).

---

<sup>197</sup> In der Zeit nach dem Erhebungszeitraum wurden auch da 8 betreute Wohnplätze in einer Wohngemeinschaft im „Hyrtlischen Waisenhaus“ eingerichtet.

<sup>198</sup> Waidhofen/Ybbs, Mistelbach, Amstetten, Krems

<sup>199</sup> Gänserndorf, Wien-Umgebung, Baden, Zwettl, Horn

<sup>200</sup> Gmünd, Waidhofen/Thaya, Tulln, St. Pölten

Tabelle 10

Anzahl der aus den Bezirken stammenden Herkunftsbewohner in den betreuten Wohnformen im Verhältnis zu den verfügbaren Plätzen im Zeitraum April – Mai 2002										
Herkunftsbezirke der Bewohner						Plätze in den Bezirken				
Bezirke	FPH <sup>201</sup>	BST <sup>202</sup>	Voll- betreuung	Teil-/ Punkt- betreuung	gesamt	Plätze	belegte Plätze	Plätze/ Bewohner aus Bezirk	Anzahl der Bewohner aus Bezirk	Beleganteil d. Bewohner aus Bezirk
Waidh./Y.	0	6	0	1	7	17	17	2,43	6	85,71%
Mistelbach	3	20	0	10	33	76	74	2,30	24	72,73%
Amstetten	49	53	2	5	109	229	226	2,10	78	71,56%
Krems	11	6	8	5	30	63	63	2,10	10	33,33%
Gänserndorf	4	13	1	3	21	29	29	1,38	6	28,57%
Wien-Umg.	2	23	1	4	30	41	37	1,37	13	43,33%
Baden	4	32	3	11	50	66	66	1,32	36	72,00%
Zwettl	7	6	2	7	22	29	28	1,32	6	27,27%
Horn	6	1	2	0	9	11	7	1,22	0	0,00%
Melk	9	20	2	14	45	42	40	0,93	22	48,89%
Wr.Neust.	1	25	7	13	46	38	38	0,83	25	54,35%
Lilienfeld	14	13	0	4	31	20	20	0,65	12	38,71%
Scheibbs	10	7	1	9	27	16	11	0,59	4	14,81%
Gmünd	12	13	4	1	30	15	15	0,50	10	33,33%
Waidh./T.	4	1	1	0	6	3	0	0,50	0	0,00%
Tulln	2	3	2	2	9	4	4	0,44	2	22,22%
St. Pölten	14	9	12	9	44	11	9	0,25	3	6,82%
Bruck/L.	1	5	0	1	7	0	0	0,00	0	0,00%
Hollabrunn	4	11	4	6	25	0	0	0,00	0	0,00%
Korneuburg	1	5	3	6	15	0	0	0,00	0	0,00%
Mödling	0	14	3	5	22	0	0	0,00	0	0,00%
Neunkirchen	2	10	4	3	19	0	0	0,00	0	0,00%
and. Bundesl.	19	12	4	10	45					
and. Staat	0	0	0	1	1					
unbekannt	0	1	0	0	1					
<b>Summe</b>	<b>179</b>	<b>309</b>	<b>66</b>	<b>130</b>	<b>684</b>	<b>710</b>	<b>684</b>	<b>1,04</b>	<b>257</b>	<b>37,57%</b>

<sup>201</sup> Förderpflegeheim

<sup>202</sup> Betreuungsstation

## **Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankte und Obdachlose (*Mischeinrichtungen*)**

Unter der Bezeichnung *Mischeinrichtungen* wurden im Erhebungszeitraum Juni bis Juli 2002 alle betreuten Wohneinrichtungen für Obdachlose und Menschen in außergewöhnlichen Notsituationen sowie betreute Wohn- und Langzeittherapieeinrichtungen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen<sup>203</sup> in NÖ erfasst. Nicht erhoben wurde die Langzeittherapiestation Mödling des Anton-Proksch-Instituts, da es sich in diesem Fall um eine Sonderkrankenanstalt handelt.

Es wurden 25 Mischeinrichtungen mit insgesamt 432 Plätzen erfasst, von denen zum Untersuchungszeitpunkt 373 Plätze (86,3%) belegt waren. Die 12 Wohneinrichtungen für Obdachlose und Menschen in außergewöhnlichen Notsituationen nahmen davon insgesamt 164 Plätze (89,0% Belegung) ein, die 13 Wohn- und Langzeittherapieeinrichtungen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen verfügten über 268 Plätze (84,7% Belegung). Sämtliche Mischeinrichtungen verteilten sich auf die Psychiatrieregionen Bucklige Welt, NÖ Mitte Nord, NÖ Mitte Süd und Mostviertel.

---

<sup>203</sup> Laut Bericht der NÖ Suchtkoordination: Umsetzung NÖ Suchtplan – Arbeitskreis Therapie. Juli 2002, Anhang C, S. 9ff.

**Tab.11: Betreute Wohn-/ Langzeittherapieplätze und Belegung in den „Mischeinrichtungen“ (Juni-Juli 2002)**

Region Einwohnerzahl		in Einrichtungen für Obdachlose und Menschen in außergewöhnlichen Notsituationen		in Einrichtungen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen		Gesamt Plätze/ belegte Plätze
		Plätze/ belegte Plätze	%- Anteil belegter Plätze	Plätze/ belegte Plätze	%- Anteil belegter Plätze	
Wein- viertel	Weinviertel 287.483	-	-	-	-	-
	Thermenregion 317.090	-	-	-	-	-
Industrie- viertel	Bucklige Welt 195.305	64 / 57	89,06%	200 / 164	82,00%	264 / 221
	NÖ Mitte Nord 192.669	30 / 26	86,67%	50 / 45	90,00%	80 / 71
NÖ Mitte	NÖ Mitte Süd 169.514	70 / 63	90,00%	-	-	70 / 63
	Mostviertel 237.461	-	-	18 / 18	100,00%	18 / 18
Wald- viertel	Waldviertel 146.282	-	-	-	-	-
<b>NÖ gesamt 1.545.804</b>		<b>164 / 146</b>	<b>89,02%</b>	<b>268 / 227</b>	<b>84,70%</b>	<b>432 / 373</b>

In den Einrichtungen für Obdachlose und Menschen in außergewöhnlichen Notsituationen wurde genau die Hälfte aller belegten Plätze (n=73 von 146) von Bewohnern mit einer psychiatrischen Diagnose eingenommen. Mit einer Ausnahme lebten in allen Wohneinrichtungen für Obdachlose und Menschen in außergewöhnlichen Notsituationen Personen mit psychiatrischen Diagnosen. Der Prozentanteil pro Einrichtung reicht von 17,7% bis 100%. In diesen Einrichtungen machen Abhängigkeitserkrankungen 50,7% (n= 37) aller psychiatrischen Hauptdiagnosen und 60,7% (n=17 von 28 Personen mit psychiatrischer Nebendiagnose) aller psychiatrischen Nebendiagnosen aus. Eine funktionelle Störung wurde bei 31,9% (n=22) der 73 Bewohner mit psychiatrischer Diagnose als psychiatrische Hauptdiagnose angegeben. Von den 73 Bewohnern mit psychiatrischer Diagnose waren 64 Personen (87,7%) männlichen und 9 Personen (12,3%) weiblichen Geschlechts.

**Tab.12: Bewohner mit psychiatrischer Diagnose in den Einrichtungen für Obdachlose und Menschen in außergewöhnlichen Notsituationen (Juni – Juli 2002)**

Region Einwohnerzahl		Plätze	belegte Plätze	Personen mit psychiatrischen Diagnosen		
				Anzahl	Anteil an Belegungen	Rate je 1000 EW
Wein- viertel	Weinviertel 287.483	-	-	-	-	-
	Thermenregion 317.090	-	-	-	-	-
Industrie- viertel	Bucklige Welt 195.305	64	57	18	31,58%	0,09
	NÖ Mitte Nord 192.669	30	26	8	30,77%	0,04
NÖ Mitte	NÖ Mitte Süd 169.514	70	63	47	74,60%	0,28
	Mostviertel 237.461	-	-	-	-	-
Wald- viertel	Waldviertel 146.282	-	-	-	-	-
<b>NÖ gesamt 1.545.804</b>		<b>164</b>	<b>146</b>	<b>73</b>	<b>50,00%</b>	<b>0,05</b>

In den Wohn- und Langzeittherapieeinrichtungen für Menschen mit Abhängigkeits-erkrankungen wurde bei 87,1% (n=195) der Bewohner eine Abhängigkeitserkrankung als psychiatrische Hauptdiagnose genannt, 12,9% (n=29) hatten eine andere psychiatrische Hauptdiagnose, in erster Linie wurden hier funktionelle Störungen (10,3%, n=23) angegeben. Bemerkenswert ist bei diesen Einrichtungen der Umstand, dass lediglich 28,2% (n=64) der belegten Plätze von Bewohnern, die ihren Herkunftsbezirk in NÖ haben, eingenommen werden.

## Stärken-Schwächen-Analyse

### Angebotsstruktur

Die in den NÖ Landesrichtlinien vorgenommene Abstufung der drei Hauptkategorien von Wohnformen (vollbetreutes, teilbetreutes und punktbetreutes Wohnen) hinsichtlich des angebotenen Leistungsspektrums und der davon abgeleiteten Anwesenheitszeit und Dichte des betreuenden Personals bringt prinzipiell eine positiv zu wertende Klarheit in die Leistungen und deren Bepreisungen für Anbieter und Financiers. Somit werden Qualitätskriterien definiert und evaluierbar. Andererseits bringt dieses Regelwerk in der Versorgungspraxis die Notwendigkeit einer entsprechenden Einstufung der betreuten Bewohner in eine dieser Kategorien mit sich. Den individuellen Änderungen im Unterstützungsbedarf, wie sie gerade bei dieser Zielgruppe von komplex zu betreuenden Personen mit psychischen Beeinträchtigungen zu erwarten sind, kann somit nur innerhalb der definierten Bandbreiten der kategorialen Leistungsangebote entsprochen werden. Fallen die erforderlichen Leistungen aus diesen kategorialen Leistungsangeboten heraus, wird früher oder später ein Wohnort- und Betreuungswechsel unabwendbar.

Diese Richtlinien sind nicht anwendbar für die bestehenden Betreuungsstationen als Subeinheiten der Landes- Pensionisten- und Pflegeheime, für das Förderpflegeheim Mauer und für die privaten Heime (Beer und Hallerhof), die sich in ihrem Angebot auf psychisch behinderte Personen spezialisiert haben. Für die Landeseinrichtungen gilt die *Vorschrift zu Leitung und Betrieb von NÖ LPPHs* mit Konkretisierungen für die Versorgung psychisch behinderter Bewohner in den spezialisierten Einheiten. Für die privaten Heime bekommt über Vertragsabschlüsse mit dem Land NÖ die sinngemäße Anwendung dieser Vorschrift für die NÖ LPPHs und die NÖ Pflegeheim Verordnung 2002 Gültigkeit.

Nicht klar definiert erscheint durch diese Unterschiedlichkeit der Betriebsvorschriften die Abgrenzung zwischen diesen Einrichtungstypen hinsichtlich der jeweiligen Zielgruppe und des Leistungsprofils. Diese Unklarheit könnte sich negativ auf die Zuweisungs- und Platzierungspraxis in der Weise auswirken, dass dabei institutionellen Interessen mehr als den individuellen Unterstützungsbedarf entsprochen werden könnte.

## Finanzierungsstruktur

In den „Richtlinien für Einrichtungen für psychisch behinderte Menschen“ werden für „betreutes Wohnen“ die Zielgruppen, Leistungserfordernisse und Finanzierungen für unterschiedlich dicht betreute Wohnformen vorgehalten. Unterschieden wird darin zwischen vollbetreuten Wohnformen, teilbetreuten Wohnformen (mit drei differenzierten Betreuungsdichten) und punktbetreuten Wohnformen. Die Plätze für 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 hingegen ein bewilligter Antrag, der keine Kostenersatzverpflichtungen für die Betreuung seitens der Leistungsempfänger mit einschließt. Das Betreuungsausmaß bei der Punktbetreuung ist aber auf ein äußerst geringes Ausmaß an finanzierten Betreuungsstunden begrenzt. Zusätzlich wird bei der Berechnung der Subventionshöhe für den Jahrespersonalaufwand ein um rund 40% niedriger Betrag veranschlagt als dies bei den voll- und teilbetreuten Kostenberechnungen<sup>204</sup> der Fall ist, was alles in allem diese Wohnform für Betreiber, aus Kostenüberlegungen heraus, weniger attraktiv gestaltet. Als Voraussetzung für die Inanspruchnahme von betreuten Wohnformen wird das Erfordernis der regelmäßigen Teilnahme an einer arbeitsrehabilitativen bzw. tages- oder freizeitstrukturierenden Maßnahme oder das Nachgehen einer Arbeit genannt, woraus sich zusätzliche Probleme ergeben können.

Wie aus den Richtlinien ersichtlich, werden die zu betreuenden Personen auf der Basis ihrer kategorial eingeschätzten Betreuungsausmaße den jeweiligen Einrichtungskategorien zugeordnet. Diese antragsfolgende Zuordnung erscheint in Anbetracht des vorgeschlagenen Modells zu wenig flexibel und trägt den üblichen Schwankungen im individuellen Hilfebedarf bei Personen dieser Zielgruppe nicht Rechnung.

Von diesen Richtlinien nicht betroffen sind die vollbetreuten Wohnformen (Betreuungsstationen und das Förderpflegeheim in Mauer) in den NÖ Landes- Pensionisten- und Pflegeheimen, die nach eigenen Tagespauschalen finanziert werden, die sich aus einem einrichtungsabhängigen Basissatz plus den individuellen Pflegestufen und gegebenenfalls

---

<sup>204</sup> Zu diesem Satz für den Jahrespersonalaufwand wird noch ein 15% Zuschlag für Verwaltungstätigkeiten hinzugerechnet.

einem Einzelzimmer-Zuschlag zusammensetzen. Diese Unterschiedlichkeit im Finanzierungsmodus zwischen dem vollbetreuten Wohnen in Sonderkrankenanstalten und Landes-Pensionisten- und Pflegeheimen einerseits und dem vollbetreuten Wohnen in *stand-alone*-Einrichtungen andererseits erscheint zwar historisch begründet, sollte jedoch aufgrund der zunehmenden Ähnlichkeit in der Angebotsstruktur neu hinterfragt werden.

## **Pensionisten- und Pflegeheime**

Innerhalb der Pensionisten- und Pflegeheime steigt offenbar der Anteil an Personen mit psychischen Behinderungen stark an. Der im Rahmen der vorliegenden Evaluation ermittelte 54,3%-Prozentanteil von Heimbewohnern mit psychiatrischer Diagnose entspricht den Ergebnissen einer deutschen Repräsentativerhebung<sup>205</sup>, denen zufolge 52,8% der Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen eine seelische Beeinträchtigung aufwiesen, wovon die Personen mit demenziellen Erkrankungen rund 30% ausmachten. Diese Beobachtungen stehen im Einklang mit dem Prozess der demografischen Alterung, hier besonders mit der Zunahme der Hochaltrigkeit und den damit einhergehenden psychischen und physischen Funktionsbeeinträchtigungen. In diesem Zusammenhang ist einerseits im Sinne des Normalisierungsprinzips positiv festzustellen, dass alte Personen mit psychischen Behinderungen genauso wie alle anderen alten Menschen integriert in Pensionisten- und Pflegeheimen aufgenommen und versorgt werden. Andererseits aber steigt damit der Bedarf an spezifischer, psychiatrischer Behandlung und psychosozialer Unterstützung, der aufgrund der vorliegenden Erhebungsdaten nicht optimal gewährleistet erscheint. Eine systematische Kooperation mit den lokal verfügbaren spezialisierten psychosozialen Diensten und Einrichtungen scheint ebenfalls noch zu fehlen. Damit zusammenhängend stellt sich in den Pensionisten- und Pflegeheimen eine großteils noch mangelhaft ausgeprägte integrative Ausrichtung dar, die zukünftig durch die verstärkte Übernahme von teilstationären und ambulanten Funktionen (im Sinne von innovativen „Servicestellen“) im jeweiligen Bezirk ausgeglichen werden könnten. Die Schaffung von integrierten Tagesstätten<sup>206</sup> und der weitere

---

<sup>205</sup> Schneekloth, U., Müller, U.: Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“. Stuttgart – Berlin – Köln, 1997.

<sup>206</sup> Zwei Projekte sind in NÖ dafür modellhaft: 1. Die Tagespflege des NÖ LPPH Wr. Neustadt, die im Mai 1999 den Betrieb aufgenommen hat und von ZENTAS - Altersalmanach 2000 - evaluiert wurde. 2. Projekt - Zusammenarbeit zwischen einem NÖ LPPH und einer Caritas-Behinderteneinrichtung seit Anfang 2003. In diesem Projekt werden entsprechend geschulte und vorbereitete Personen mit intellektuellen Behinderungen aus dem Behindertenheim Lanzendorf in eine „externe integrative Tagesstätte“ im NÖ LPPH Vösendorf integriert.

Ausbau von Übergangs- und Kurzzeitpflegeplätzen für ältere Personen<sup>207</sup> könnten sich dabei als bedarfsgerechte Positionierungsschwerpunkte etablieren.

Auf dem Hintergrund dieser Entwicklung in den Pensionisten- und Pflegeheimen ist auch die Spezialisierung der beiden Privatheime „Beer“ und „Hallerhof“ zu betrachten, die sich hauptsächlich bzw. ausschließlich der Betreuung von psychisch behinderten Personen widmen. Diese negativ zu beurteilende Etablierung von psychiatrischen Großheimen ist einerseits in einem Zusammenhang mit ungesteuerten Enthospitalisierungsprozessen der beiden Landesnervenkliniken zu sehen und andererseits als Folge der noch ungenügend ausgebauten ambulanten und mobilen psychosozialen Unterstützungsdienste, durch die ein Leben in selbstständigen und alternativen Wohnformen auch für psychisch behinderte Personen optimaler ermöglicht werden könnte.

## **Umsetzungsempfehlungen für Selbstversorgung und Wohnen**

### **Feststellung des Bedarfs**

Die Bedarfs- und Entwicklungspläne innerhalb einer psychiatrischen Versorgungsregion sollten zukünftig aus einer klar definierten Zusammenarbeit der regionalen Anbieter von relevanten Versorgungsleistungen resultieren. Die Grundlage dafür stellt die Einführung und das kontinuierliche Betreiben eines personenzentrierten Dokumentations- und Berichtswesens hinsichtlich Ressourcenbedarf- und -nutzung dar. Die in einer standardisierten Form erstellten individuellen Hilfepläne und deren Umsetzungen durch die regionalen Anbieter könnten dabei in einer zusammengefassten und verdichteten Form die nötigen Basisinformationen für die Planungs- und Evaluationsarbeit liefern. Der wesentliche Unterschied zu bisherigen Bedarfsfeststellungen liegt im Vorteil einer kontinuierlich ausgerichteten Personenzentrierung, die nahe am fluktuierenden Bedarfsgeschehen unter Anwendung standardisierter Dokumentationsmethoden frühzeitig und nahtlos reagieren kann. Mit dieser ganzheitlichen Zusammenführung der Ebene der individuellen Versorgung, der Ebene der

---

Entsprechendes könnte auch für Personen mit psychischen Behinderungen projiziert werden, wobei dabei auch Personen angesprochen werden könnten, die in privaten Verhältnissen leben und tagsüber derartige Möglichkeiten nützen könnten.

<sup>207</sup> Im Rechnungsabschluss für das Jahr 2002 wurden in 46 von den 51 NÖ LPPHs Kurzzeitpflegeplätze angegeben für 768 Personen mit insgesamt 18.662 Tagen, was einer durchschnittlichen Verweildauer von 24,3 Tagen entspricht.

Organisation der Dienste und der Ebene der Ressourcenverteilung könnte letztlich eine effektive und ressourcenschonende Bedarfsfeststellung stattfinden, die jederzeit Entscheidungsgrundlagen für regionale Entwicklungen zur Verfügung stellen könnte.

Grundsätzlich sollte den normalisierten, möglichst privaten Wohnformen der Vorrang eingeräumt und eine Entkoppelung von Wohnen und Betreuung vorgenommen werden. Der zeitlich schwankende individuelle Hilfebedarf sollte dabei so wenig wie möglich die ständige Wohnform bestimmen, sondern lediglich die Zusammensetzung und das Ausmaß der im Lebensfeld zu erbringenden Hilfeleistungen. Für Personen mit hohem, länger andauerndem Unterstützungsbedarf sollten intensiv betreute Bereiche innerhalb von Wohnverbänden mit selbstständigen Wohnformen gebildet werden. Die Inanspruchnahme solcher dezentraler, intensiv betreuter Einheiten sollte subsidiär erfolgen, d.h. erst dann, wenn die Hilfen nicht im Lebensfeld selbst optimal umzusetzen sind bzw. nicht in eine dafür geeignetere betreubare Wohnung gewechselt werden kann.

Die aus dem NÖP 95 abgeleitete Orientierungsmessziffer für betreute Wohnplätze liegt zwischen 526 - 634 Plätzen. Das aktuelle Angebot von 710 Plätzen übersteigt diesen veranschlagten Bedarf um 184 bis 76 Plätze. Der ebenfalls 1995 vorgeschlagene 75%-ige Anteil an vollbetreuten Wohnformen ergäbe heute die Anzahl von insgesamt 395 - 476 Plätzen, und der 25%-ige Anteil an teilweise bzw. nicht betreuten Wohnplätzen würde sich derzeit auf 131 - 158 Plätze belaufen. So gerechnet würden die 576 vollbetreuten Plätze die auf die heutige Bevölkerungszahl transponierte Maximalempfehlung aus dem NÖP 95 schon um 100 Plätzen übersteigen. Die Summe der teilbetreuten und punktbetreuten Plätze bliebe mit 154 Plätzen lediglich um vier Plätze unter der aus dem NÖP 95 transponierten Maximalempfehlung.

Gemessen am Mindeststandard des ÖBIG (0,5 Plätze/1000 EW = 773 Plätze) wurden mit 710 Plätzen im Untersuchungszeitraum der vorliegenden Evaluation rund 92% des geforderten Ausmaßes an betreuten Wohnplätzen erfüllt. Aus diesem Blickwinkel betrachtet erscheint daher ein weiterer Ausbau an betreuten Wohneinrichtungen nicht notwendig. Allerdings verweisen die festgestellten regionalen und bezirksbezogenen Unterschiede in der quantitativen Ausprägung des Angebots auf einen bestehenden Nachbesserungsbedarf. Regionale Überkapazitäten tendieren dazu, durch eine induzierte überregionale Nachfrage aus den Regionen mit Unterkapazitäten genutzt zu werden. Durch diese Zuweisungspraxis

wiederum werden Patientenmigrationen ausgelöst, die sich ihrerseits wieder über diesen Umweg zeitverzögert auf die Bedarfslage hinsichtlich der ambulanten und (teil-)stationären Behandlung auswirken können. Es erscheint deshalb angemessener, bestehende regionale Überkapazitäten mittelfristig und schrittweise zurückzubauen und stattdessen die benötigten Ressourcen in den unterversorgten Regionen aufzubauen.

### **Unterstützung in privaten Wohnformen**

Die mobile Versorgung von Personen mit psychosozialen Unterstützungsbedarf in privaten bzw. selbstständigen Wohnformen ist derzeit noch in einem unzureichenden Ausmaß gewährleistet. Für die Personen mit komplexem Unterstützungsbedarf, die entweder - zumeist aufgrund verwandtschaftlicher Hilfsysteme - in privaten Wohnverhältnissen integriert sind oder die nach Aufhalten in betreuten Wohnformen wieder in selbstständige Wohnverhältnisse gewechselt sind, besteht bis dato ein zu geringes Unterstützungsangebot vor Ort. Eine mobile psychosoziale Unterstützung wird derzeit nur von den PSD-Mitarbeitern in Form von Hausbesuchen erbracht.

Da der Arbeitsschwerpunkt der PSDs aber in der ambulanten Versorgung in den Beratungsstellen liegt und die personelle Ausstattung dem angepasst ist, kann dem Bedarf in den einzelnen Bezirken nur rudimentär entsprochen werden. In Ermangelung finanzieller Anreize für mobile Unterstützungsleistungen innerhalb normaler Wohnverhältnisse entsteht für diese Personen die Gefahr, bei vorübergehend erhöhtem Unterstützungsbedarf wieder in betreute Wohnformen wechseln und ihre privaten Wohnverhältnisse und gewachsenen Sozialbeziehungen verlassen zu müssen. Um diese Gefahr eines erzwungenen Ortswechsels mangels örtlicher Hilfen nachhaltig zu minimieren, sollten zukünftig verstärkte personelle Kooperationsstrukturen zwischen den PSDs und den Sozialmedizinischen Diensten sowie der Sachwalterschaft hergestellt und genutzt werden.

Institutionelle Wohneinrichtungen mit statisch definierten Betreuungskategorien können dem zumeist fluktuierenden Unterstützungsbedarf nur sehr eingeschränkt entsprechen. Das kann auf Seiten der Bewohner zu aktiven Anpassungsleistungen führen, um doch in der mit der Zeit gewohnten institutionellen Umgebung verbleiben zu können. Diese Vermeidung von entwicklungsfördernden Schritten kann auch durch den Zweifel des betreuenden Personals an der Entwicklungsmöglichkeit der Bewohner verstärkt werden. Andererseits ist es besonders in

Phasen intensiverer Betreuung so, dass dann oft das entsprechend verstärkte Ausmaß an Betreuung aus organisatorischen Gründen in der Einrichtung nicht realisiert werden kann und Transferierungen eingeleitet werden müssen. Um diesen Mangel auszugleichen, könnten manche der heute in betreuten Wohnformen gebundenen Betreuungsressourcen für diese mobile Form der Unterstützung freigesetzt und verschoben werden. Besonders bei den psychiatrischen Hilfen zu Selbstversorgung und Wohnen sollte wenn möglich der normale Lebensmittelpunkt als Angelpunkt der Hilfen betrachtet werden.

Für eine effiziente Nutzung der verfügbaren lokalen Hilfen erscheint hier auch die Kooperation und Koordination im Rahmen von Wohnverbänden sinnvoll. Im Sinne einer synergetischen und damit ganzheitlichen Nutzung von verfügbarem Unterstützungspotenzial könnte dabei auch an personelle Poollösungen mit einerseits (teil-)stationärem Personal aus den bestehenden vollbetreuten Wohnformen sowie den Heimen und andererseits ambulant tätigem Personal aus den PSDs und den sozialmedizinischen und sozialen Diensten (Sozialstationen) gedacht werden. Durch derartige synergetische Zusammenführungen von Personalressourcen aus ambulanten und stationären Diensten könnte gleichzeitig eine bisher hinderliche Schnittstelle bei der lebensfeldzentrierten Unterstützung von Personen mit psychischen Behinderungen schrittweise überwunden werden (siehe dazu Kapitel D.1 „Planung, Steuerung und Koordination der Versorgung“).

Mit einer verstärkten Beachtung und Einbeziehung bestehender Angebote der Heimhilfe und Hauskrankenpflege durch die flächendeckend tätigen sozialen Dienste könnte diesem großen Bedarf künftig besser entsprochen werden. Verfügbare Personalressourcen und gesammeltes Erfahrungs- und Fachwissen könnten in einer synergetischen Weise zum Ausbau und zur Optimierung von breit gefächerten, sogenannten „domestic services“ kombiniert werden.

### *Exkurs: Familienpflege*

Neben dem selbstständigen Wohnen und dem Familienwohnen stellt die Familienpflege eine Wohnform dar, bei der die Vorteile des autonomen Wohnens mit den Hilfe-, Sicherheits- und Sozialkontaktbedürfnissen gut kombiniert werden können, ohne die Nachteile institutioneller Organisationsstrukturen in Kauf nehmen zu müssen. Die Pflegefamilie wird bei dieser Wohn- und Betreuungsform als gesundheitsförderndes und stabilisierendes System betrachtet. Geeignet sind prinzipiell jede psychisch behinderte Person einerseits und jede Familie andererseits. Dennoch haben sich aus den bisherigen praktischen Erfahrungen wesentliche Erfolgsfaktoren herausgebildet. Ausschlaggebend für einen Erfolg ist in erster Linie das sogenannte Passungsverhältnis zwischen Klient und Familie. Um das optimal zu erreichen, müssen professionelle Vorbereitungen und laufende Supervisionen durch ein sogenanntes „Familienpflegeteam“ stattfinden. Diesem Team obliegt auch die Rekrutierung neuer in Frage kommender Familien, wobei sich hier Familien mit mehr als zwei Personen mit weiblicher Haushaltsführung als am geeignetsten herausgestellt haben. Neben der professionellen Begleitung, die auch unmittelbare Leistungen in den Pflegefamilien umfassen kann, erscheint auch die Unterstützung bei der Entwicklung organisierter Selbsthilfeaktivitäten der Pflegefamilien sinnvoll. Besonders psychisch behinderte Personen, die vorher in psychiatrischen Kliniken und Heimen hospitalisiert waren, können von dieser Wohn- und Betreuungsform profitieren. Sie ist damit eine sinnvolle Alternative zu den im Folgenden beschriebenen institutionellen Wohnformen.

## **Institutionelle Wohnformen**

Zukünftig sollte die institutionelle Wohnform im Einzelfall subsidiär immer nur dann als Alternative in Betracht gezogen werden, wenn der individuelle Hilfebedarf durch ambulante und mobile Dienste nicht gewährleistet werden kann und/oder wenn sich eine bestimmte Institution für die betreffende Person als bedürfnisgerechte Wohnform erweist und diese sich - soweit dies möglich ist - dafür selbst entscheidet. Bei Veränderungen des individuellen Unterstützungsbedarfes bzw. der subjektiven Wohnbedürfnisse sowie bei verstärktem Ausbau ambulanter und mobiler Dienste soll den Bewohnern von Institutionen durch gezielte Unterstützungsmaßnahmen aber wiederum der Wechsel in eine autonomere Wohnform ermöglicht werden. In keinem Fall sollten das Fehlen einer privaten Wohnmöglichkeit und eines sozialen Netzwerkes die ausschlaggebenden Gründe für eine Institutionalisierung darstellen. Diese zum Großteil als Krankheitsfolge auftretenden Handicaps sind nicht institutionell zu kompensieren, sondern im Sinne einer lebensfeldzentrierten Rehabilitation durch entsprechende ambulante und mobile Hilfen auszugleichen.

Allein die wiederholte Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit in Episoden der Akuterkrankung sollte auch bei psychiatrischen Langzeitpatienten nicht durch die Unterbringung in hochspezialisierte Wohnheime kompensiert werden. Vielmehr geht es auch hier darum, vorhandene (teil-)stationäre Behandlungs- und Betreuungskompetenzen des regionalen Zentrums für seelische Gesundheit und der bestehenden spezialisierten Heimeinrichtungen immer effektiver in das normale Lebensfeld der betroffenen Langzeitpatienten hinzuführen. Der dafür notwendige Aufbau effektiver mobiler Dienste ist deshalb als vorrangig zu betrachten.

Um diese Ressourcenverschiebung auch wirklich umsetzen zu können, erscheinen leistungs- und finanzierungsrechtliche Angleichungen notwendig. Besteht bisher eine bescheidmäßige Zuordnung der hilfebedürftigen Person in eine Wohneinrichtung mit passendem Leistungsspektrum<sup>208</sup>, so könnten zukünftig die individuell angepassten Leistungen in Form

---

<sup>208</sup> Mit dieser bescheidmäßigen Zuordnung geht ebenso eine Verpflichtung der betroffenen Person einher, tagesstrukturierte Maßnahmen in Anspruch nehmen zu müssen. Dies wiederum bedeutet einen Anreiz für die Anbieter aus betriebswirtschaftlichen Gründen entweder diese Leistungen selbst innerhalb oder außerhalb der Einrichtung zu erbringen. Die dadurch bedingte verstärkte Bindung der Bewohner verringert individuelle Gestaltungs- und Entwicklungsmöglichkeiten.

eines Komplexleistungsprogrammes der hilfebedürftigen Person zugeordnet werden, ohne dass diese deswegen ihr gewohntes und selbstgewähltes Lebensfeld verlassen muss.

Den bestehenden Wohneinrichtungen könnte damit eine Grundlage geboten werden, auf der sie sich flexibler dem fluktuierenden Hilfebedarf ihrer Bewohner anpassen könnten, und das nicht nur auf die eigene Einrichtung beschränkt, sondern - durch verstärkte Zusammenarbeit mit anderen lokalen Diensten und die Ermöglichung von Anschlussbetreuungen - auch in Außenwohngruppen bzw. Einzelwohnungen. Ein Erfolg versprechendes Modell wäre der Aufbau von Wohnverbänden, die eine Personalunion mit den verkleinerten institutionellen Einheiten bilden. Diese personelle und konzeptuelle Flexibilisierung würde die bedarfsgerechte Abstimmung der personenzentrierten Hilfen optimieren und so vermehrt der Zielsetzung einer Rehabilitation und Reintegration entsprechen.

Für jene Langzeitpatienten, für die durch die oben vorgeschlagene, schrittweise Optimierung der bestehenden Versorgungsressourcen auch weiterhin ein institutioneller Versorgungsbedarf besteht, könnten sich die bestehenden vollbetreuten Wohnheime<sup>209</sup> in Zukunft zu sogenannten Service-Zentren für schwerer psychisch beeinträchtigte Personen aus der jeweiligen Region weiterentwickeln. Sie könnten damit für Personen mit besonders schweren psychischen Beeinträchtigungen die schon im Psychatrieplan 1995 beschriebene Funktion von personalintensiv ausgestatteten Wohngemeinschaften wahrnehmen. Die derzeitige Personalausstattung würde diesen Erfordernissen nicht entsprechen und müsste optimiert werden.

Ausgestattet mit einer vollbetreuten Einheit für maximal 16 Personen und entsprechendem rehabilitativ und reintegrativ ausgerichteten Konzept und entsprechender Personalstruktur sollten auch verbundmäßig angeschlossene dezentrale Wohneinheiten zur Verfügung stehen und mitbetreut werden. Hier sollte in einer personellen Verzahnung mit den PSDs und deren zukünftigen mobilen Betreuungsteams sowie dem sozialmedizinischen und sozialen Diensten enger zusammengearbeitet werden. Die vollbetreute Wohneinheit ist dabei nicht als letztendliche Wohnform anzusehen, sondern sollte für die Klienten eine Integration in autonomere Wohn- und Lebensformen anstreben und fördern. Die Verfügbarkeit zusätzlicher

---

<sup>209</sup> Hier sind die bestehenden Betreuungsstationen, das Förderpflegeheim und das Caritasheim Schiltern gemeint, wohingegen das Haus der Künstler hinsichtlich seiner Konzeptualisierung eine Ausnahme darstellt.

Hilfeleistungen von außen und die Schaffung von Außenwohnmöglichkeiten mit mobiler Anschlussbetreuung erweisen sich dafür als essenziell.

Durch die Bereitstellung der nötigen Ressourcen sollten diese Einrichtungen auf dem Weg zur individuell angepassten, integrativen Hilfeplanung und zu einer internen, professionellen Differenzierung ihres Leistungsangebotes gelangen. Die Teilhabe am regionalen Versorgungsverbund wäre dann eine selbstverständliche Konsequenz.

### ***Exkurs: Versorgung in „psychiatrischen Heimen“***

Die zunehmende Anzahl an Bewohnern mit psychiatrischen Diagnosen in den sich immer mehr auf dieses Klientel spezialisierenden Großheimen hängt unter anderem mit einer finanzierungsbedingten (LKF) Reduktion der Betten in den Langzeitbereichen (Pflegeanaltsbereichen) der Landesnervenkliniken in Mauer und Gugging zusammen. Die übermäßigen Dimensionierungen des ausschließlich mit psychiatrischem, geistig- und mehrfachbehindertem Klientel belegten Förderpflegeheims Mauer und des Pflegeheims Beer<sup>210</sup> können als Folge undifferenzierter Umhospitalisierungen von vormals stationär versorgten Langzeitpatienten der beiden Landesnervenkliniken betrachtet werden. Diese stattgefundenene Entwicklung weist mit aller Deutlichkeit auf die Notwendigkeit von (Re-)Integrationsmaßnahmen für die so transinstitutionalisierten Personen hin. Besonders die insgesamt 125 Bewohnern unter 60 Jahren (32,6% von 383 Bewohnern in den beiden genannten Heimen) wären hier zu berücksichtigen. Eine genauere Analyse hinsichtlich der Diagnosen brachte folgende Hinweise:

Im Förderpflegeheim Mauer wurden bei den insgesamt 60 Bewohnern unter 60 Jahren (33,5% der 179 belegten Plätzen) 18 Personen (30,0%) mit einer funktionellen Störung und 38 Personen (63,3%) mit einer geistigen Behinderung gemeldet. Im Pflegeheim Beer wurden von den 65 Personen unter 60 Jahren (31,7% der 204 belegten Plätzen), 28 Personen (43,1%) mit funktionellen Störungen und 25 Personen (38,5%) mit psychoorganischen Störungen angegeben. Besonders bei den unter 60-jährigen Personen mit einer funktionellen Störung

---

<sup>210</sup> Laut NÖ Landesabteilung GS 7 befinden sich im Pflegeheim Beer lediglich etwa ein Drittel der Bewohner aus Niederösterreich.

könnte die Einleitung eines personenzentrierten Enthospitalisierungsprozesses überlegt werden.

In jedem Fall sollte zukünftig verhindert werden, dass Personen unter 60 Jahren und ohne vermehrten körperlichen Pflegebedarf aufgrund des Fehlens passender Hilfsdienste und Wohnmöglichkeiten innerhalb ihres gewohnten Lebensfeldes in Pensionisten- und Pflegeheime übernommen werden müssen. Diese kompensatorische Ersatzfunktion, die bis jetzt die Langzeitbereiche in den Landesnervenkliniken übernommen haben, sollten nicht von extramuralen Großheimen wildwüchsig übernommen werden. Um dieser Entwicklung Einhalt zu gebieten, wurden schon seit dem Jahr 1985 die Betreuungsstationen an Pensionisten- und Pflegeheimen für diese Funktion geschaffen. Allerdings nähert sich nun, bedingt durch die mangelnden Reintegrationserfolge in autonomere Wohnformen, in diesen Betreuungsstationen die Bewohnerstruktur altersmäßig und hinsichtlich der Diagnosenstruktur immer mehr den festgestellten Verhältnissen in den allgemeinen Pensionisten- und Pflegeheimen an. Nicht zuletzt aus diesem Grund gibt es auch nur mehr sehr eingeschränkte Aufnahmekapazitäten für neue, jüngere Personen.

### **Enthospitalisierung<sup>211</sup>**

Der Begriff Enthospitalisierung wird hier als ganzheitliche und nachhaltige (Re-)Integration von stationären Langzeitpatienten in das ursprüngliche oder in ein neues, selbstgewähltes Lebensfeld verstanden. Nicht verstanden wird darunter die bloße Transferierung in freie oder für diesen Zweck freigemachte Plätze in extramuralen Einrichtungen bzw. die administrative Umwidmung von Klinikplätzen in Heimplätze. Bei letzteren wird hier von einer Umhospitalisierung oder Transinstitutionalisierung gesprochen. Psychiatrische Krankenhäuser hatten traditionellerweise neben ihren Heilungsaufgaben auch eine Ersatzfunktion für fehlende Aufnahmeakzeptanz und Hilfen in den ursprünglichen Lebensfeldern in den Gemeinden, aus denen die Langzeitpatienten stammten. Diese

---

<sup>211</sup> Für eine detaillierte Darstellung des hier empfohlenen Konzepts siehe: Peter Denk, Barbara Weibold: Die Enthospitalisierung psychiatrischer Langzeitpatienten in NÖ - Teil 1: NÖ Landesnervenklinik Gugging. Handbuch zur personenzentrierten Enthospitalisierung im Auftrag des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, Bereich Soziales, August 2002

Ersatzfunktion wird jetzt - nicht zuletzt aus Gründen einer vielfach veränderten Krankenhausorganisation und -finanzierung - in den extramuralen Bereich zurückgegeben. Es würde eine kurzschlüssige Reflexhaltung darstellen, nun in einer modernisierten Neuauflage diese Ersatzfunktion an andere Großinstitutionen weiterzugeben, ohne die fachlich evidente Versorgungsaufgabe zu erfüllen, Menschen mit komplexen psychiatrischen Störungen und Behinderungen ein integriertes Leben in normalen Wohnverhältnissen zu ermöglichen. Da sich bei vielfach über Jahrzehnte hindurch hospitalisierten Menschen hinlänglich bekannte Hospitalismusschäden mit unterschiedlich ausgeprägten Formen von Lebensuntüchtigkeit niederschlagen, kann Enthospitalisierung als ein personenzentriertes Komplexleistungsprogramm betrachtet werden. Ziel dieses Programms ist der Abbau von Hospitalismusschäden, das behutsame Anknüpfen an längst verschollene Lebensentwürfe, die Förderung von Zukunftsaussichten und Wahlfreiheiten und schlussendlich die Erschließung von selbstgewählten, normalen Wohnverhältnissen mit der Planung von effektiven Hilfen in diesem zukünftigen Lebensfeld. Mit Enthospitalisierung ist demnach ein Prozess der Rehabilitation und (Re-)Integration gemeint, dessen Zielsetzung es ist, für psychisch behinderte, inklusive suchtkranker und geistig behinderter Personen ein möglichst selbstständiges, sozial integriertes Leben im normalen Lebensfeld zu ermöglichen.

Dass die hier angestrebte Integration in eine möglichst normale und institutionsunabhängige Lebenswelt aufgrund komplexer Krankheitsfolgen und langjähriger Hospitalisierung in Einzelfällen natürlich auch auf unüberwindbare Grenzen stoßen kann, sollte nicht dazu führen, die reintegrative Leitlinie eben bei diesen Personen nicht anzuwenden.

Erst unter Anwendung einer - gemeinsam mit den betroffenen Personen durchgeführten - systematischen und kontinuierlichen individuellen Hilfeplanung mit anschließender Umsetzung und Ergebnismessung - wie sie auf S. 265 skizziert und im Kap. B.2.3 als zukünftige Aufgabe der PSDs empfohlen wird - können letztlich die individuellen Ressourcen und die kontextuellen Voraussetzungen im Lebensfeld ganzheitlich überprüft und positiv beeinflusst werden und somit eine seriöse Grundlage für entwicklungsfördernde Maßnahmen darstellen.

Im Untersuchungszeitraum befanden sich in den Langzeitbereichen der LNK Mauer

noch 48 Patienten und in denen der LNK Gugging (Donauklinikum) noch 65 Patienten, deren langfristige Versorgungsleistungen nicht mehr durch die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung sondern durch die Sozialhilfe-Finanzierung abgedeckt werden.

Sechs ehemalige Pavillons der LNK Mauer wurden mit Beginn des Jahres 1999 in ein Förderpflegeheim mit 179 Plätzen umgewidmet. Die gesamten Plätze wurden zum Zeitpunkt der Inbetriebnahme mit stationären Langzeitpatienten der Klinik belegt. Im stationären Langzeitbereich der Klinik verblieben damals 65 systemisierte Betten, die nunmehr auf 48 reduziert wurden. In der LNK Gugging (Donauklinikum) konnte in einer genauen Untersuchung im Rahmen dieser Evaluationsarbeit für das Projekt Donauklinikum festgestellt werden, dass von 167 an einem Stichtag im Jahr 1997 stationär versorgten Langzeitpatienten bis zu einem Stichtag 48 Monate später im Jahr 2001 insgesamt 79 (47,3%) dieser Patienten entlassen wurden. Für 65 (82,3%) von diesen Patienten war das Entlassungsziel ein Pensionisten- und Pflegeheim, inklusive deren Betreuungsstationen.

In den Pensionisten- und Pflegeheimen, inklusive dem Förderpflegeheim, befanden sich im aktuellen Erhebungszeitraum zwischen April und Mai 2002 insgesamt 390 Personen mit psychischen Beeinträchtigungen und einem Lebensalter unter 60 Jahren. In den 11 Betreuungsstationen wurden 309 Klienten versorgt, davon waren 139 unter 60 Jahre alt. Diese Gruppe von insgesamt 529 Personen weist beispielhaft auf einen Handlungsbedarf an lebensfeldzentrierten Maßnahmen, um anhand von genauen integrierten Hilfeplanungen und Erschließungen von barrierefreien Wohnformen optimalere Platzierungen herzustellen.

Eine systematische Reintegration von psychisch behinderten Personen aus vollstationären Versorgungsstrukturen in lebensfeldzentrierte Wohnformen braucht dieselben Strukturvoraussetzungen und ist Bestandteil derselben Versorgungsprozesse, wie sie in diesem Teil schon beschrieben wurden. Deshalb ist es als Orientierung sehr zielführend, Konzepte der Deinstitutionalisierung so ganzheitlich zu fassen, dass - unabhängig vom aktuellen Lebensort der bedürftigen Personen - die geeigneten (Re-) Integrationsmaßnahmen geplant und durchgeführt werden sollten. So gesehen kann auch von einer Art Deinstitutionalisierungsbedarf in der Gemeinde gesprochen werden, wenn es darum geht, dort lebende psychisch längerfristig beeinträchtigte Personen bei ihrem Bestreben, so weit wie möglich unabhängig von institutionellen Hilfen am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, umfassend zu unterstützen.

Als flexibilisierende Schritte für Einrichtungen auf dem Weg zur Deinstitutionalisierung könnten die Mitwirkung an den einrichtungsübergreifenden Hilfeplänen ihrer Klienten und das Bereitstellen von Außenwohnungen mit Anschlussbetreuung dienen.

Die Erstellung der individuellen Hilfepläne sollte dabei in Kooperation mit den PSDs stattfinden, sodass alle Ressourcen auch außerhalb der betreffenden Einrichtung optimal für eine Reintegration genutzt werden könnten. Eine Besonderheit stellt hier die Aufgabe dar, im Sinne der integrativen Hilfeplanung geförderte Lebensräume zu erschließen, die betreubaren bzw. barrierefreien Charakter aufweisen. Dieses Vorgehen wird treffend auch *Immobilientherapie* genannt und stellt die Basis für alle weiteren Schritte der Hilfeplanung und -erstellung dar.

## **Wohnungslosigkeit und psychische Gesundheit**

Die Polarisierung zwischen Reichen und Armen hat sich in unserer Gesellschaft durch sogenannte *turbokapitalistische* und *neoliberale* Mechanismen verschärft. Dadurch sind immer mehr Menschen gefährdet, als sogenannte „Modernisierungsverlierer“ in einen sozialen Teufelskreis zu schlittern, der oft bei Arbeitslosigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit beginnt und über ökonomische Notlagen zum sozialen Abstieg mit einhergehender Wohnungs- bzw. Obdachlosigkeit führt.

Auf empirische Befunde gestützte Schätzungen gehen davon aus, dass unter wohnungslosen Personen etwa zwei Drittel unter einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung leiden. Dabei scheinen Abhängigkeitserkrankungen erwartungsgemäß zu dominieren, oft jedoch liegen multiple Erkrankungen im Sinne von psychischer bzw. psychischer und somatischer Multimorbidität vor<sup>212</sup>.

Die Sicherstellung einer individuellen Wohnform, und nicht nur die Bereitstellung von Obdach, stellt nicht zuletzt aus diesem Grund ein gesundheitserhaltendes und -förderndes

---

<sup>212</sup> Klaus Nouvertné, Theo Wessel, Christian Zechert (Hg.)  
Obdachlos und psychisch krank. Psychiatrie Verlag, Bonn 2002

Grundrecht dar, das unabhängig von individuell bestehenden und auftretenden Erkrankungen und Behinderungen geschützt und gesichert werden sollte.

## Altersspezifische Aspekte

Der festgestellte hohe Anteil an Personen mit psychischen Erkrankungen von 54,3% in den NÖ Pensionisten- und Pflegeheimen erklärt sich hauptsächlich durch den hohen Anteil an psychoorganischen Erkrankungen unter den Bewohnern und erfordert eine spezifische (geronto-)psychiatrisch ausgerichtete Behandlungspflege und psychosoziale Angebote, die derzeit aufgrund des geringen Anteils an psychiatrischen Fachpersonals nicht in ausreichendem Maß zur Verfügung gestellt werden können (Tabelle 3). Eine schrittweise Anpassung der Personalstruktur durch gezielte Personalakquirierungs- und -entwicklungsmaßnahmen ist hier unbedingt gefordert. Durch eine enge Zusammenarbeit mit den regionalen Zentren für seelische Gesundheit, den niedergelassenen Fachärzten und dem PSD sowie einen verstärkten Einsatz von psychiatrischen Konsiliarkräften könnten hier deutliche Qualitätsverbesserungen angestrebt werden. Nicht beantwortet werden konnte in diesem Evaluationsprojekt die Frage nach dem Verhältnis von Personen, die schon mit einer psychiatrischen Diagnose in das jeweilige Heim aufgenommen wurden, zu jenen Bewohnern, die erst während ihres Heimaufenthaltes eine psychiatrische Diagnose erhielten.

Zukünftig sollte lediglich für jene Personen mit psychischen Behinderungen ein Platz in einem Pensionisten- und Pflegeheim in Erwägung gezogen werden, bei denen zusätzlich ein hoher körperlicher Pflegebedarf vorliegt bzw. deren altersbedingte Hilfebedürftigkeit eine Versorgung rund um die Uhr erfordert, die daheim mit mobiler Unterstützung nicht mehr zu leisten ist. Der prognostizierte Anstieg von pflegebedürftigen Menschen in den nächsten Jahren und ein damit einhergehender massiv steigender Pflegepersonalbedarf machen es umso dringender, einerseits die Platzierungen bedarfsgerecht durchzuführen und andererseits gerade für die Personen mit geringerem Beaufsichtigungs- und Pflegebedarf geeignete Hilfen innerhalb privater Wohnverhältnisse bereitzustellen bzw. individuell passende alternative Wohnformen mit verlässlichem Unterstützungsnetz zu erschließen.

Dabei ist die Tatsache zu berücksichtigen, dass mit der Höhe des Alters in der Bevölkerung oft auch eine Verschlechterung der Wohnbedingungen einhergeht. Alte Menschen bewohnen oft schlecht ausgestattete und ungünstig gelegene Wohnungen. Dieser Umstand ist mitverantwortlich dafür, dass viele alte Personen ihre Wohnung aufgeben müssen, was bei einer besseren Erreichbarkeit und Ausstattung nicht immer nötig wäre.

Noch viel zu wenig verbreitet sind alternative Wohnformen für betagte Menschen, obwohl diese geeignet wären, Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit im Alter zu fördern, und von Expertenseite vielerorts vorgeschlagen werden. Die Gründe dafür sind - wie generell für den gesamten Bereich der alternativen Wohnformen für psychisch behinderte Personen zutreffend - in den noch ungenügenden rechtlichen Rahmenbedingungen und der noch zu geringen Hinwendung der Wohnbauwirtschaft zu diesem Sektor des Wohnungsmarkts zu suchen. Altersgerechtes Wohnen sollte auch für ältere Personen mit psychischen Behinderungen stärker genutzt werden und gerade Dienste wie PSDs sowie auch die Vertreter der Sachwalterschaft könnten hier verstärkt für eine entsprechende Sensibilisierung der gemeinnützigen Bauträger aber auch für eine entsprechende Angebotsnutzung seitens der betroffenen Personen selbst sorgen<sup>213</sup>. Neben selbstständigem Wohnen mit Betreuung durch mobile Dienste, oft auch in der Nähe von Heimen mit deren Einbindung in die Betreuung, sind weitere alternative Wohnformen in Entwicklung und Erprobung: *Integriertes Wohnen* verschiedener Bevölkerungsgruppen zur Vermeidung von Gettoisierung; *gemeinschaftliches Wohnen* mit selbstorganisiertem, nachbarschaftlichen Zusammenhalt; *Seniorenwohngemeinschaften*, die von sozialen Einrichtungen organisiert werden; *Mehr-Generationen-Wohnen*, bei dem alte und jüngere Menschen in einem Wohnungsverbund leben und ein gemeinschaftliches Netzwerk bilden können.

Ein weiterer wichtiger Ausbaubedarf erweist sich im schon vorhandenem Angebot von Kurzzeit<sup>214</sup>- und Übergangspflegeplätzen<sup>215</sup> nahe am Wohnort. Die für eine gewisse Zeit mögliche Aufnahme in ein Heim nimmt insbesondere für die vielen Angehörigen von zu Hause betreuten Familienangehörigen eine wichtige Entlastungs- und Ergänzungsfunktion ein. Damit und mit verstärkten mobilen Hilfen für Zuhause könnte letztlich auch ein gewisser Anteil an dauerhaften Heimunterbringungen vermieden bzw. verzögert werden. Ein siesbezügliches aktuelles Serviceangebot stellt der „Urlaub von der Pflege“ dar, bei dem

---

<sup>213</sup> Derzeit gibt es in Niederösterreich knapp über 100 Wohnprojekte mit Seniorenwohnungen von gemeinnützigen Bauträgern, die neben der Überlassung von Wohneinheiten im Rahmen von Mietverhältnissen für die BewohnerInnen auch Gemeinschaftsräume anbieten und Unterstützung durch die sozialen und sozialmedizinischen Betreuungsdienste organisieren. Ein Teil dieser Wohnungen steht mittlerweile als sogenannte „Verfügungswohnungen“ auch für weitere Nutzungen zur Verfügung und könnten unter Umständen auch für psychosoziale Wohnungsangebote verwendet werden.

<sup>214</sup> siehe dazu auch: ZENTAS „Altersalmanach 2000“, Teil II, siehe unten

<sup>215</sup> In der - im Rahmen dieser Evaluation durchgeführten - Erhebung wurden nur insgesamt 81 Plätze (0,82%) als Übergangs- bzw. Kurzzeitpflegeplätze ausgewiesen, davon 53 (0,93%) in den LPPHs und 28 (0,67%) in den Privatheimen. Im Rechnungsabschluss für das Jahr 2002 wurden in 46 von den 51 NÖ LPPHs Kurzzeitpflegeplätze angegeben für 768 Personen mit insgesamt 18.662 Tagen, was einer durchschnittlichen Verweildauer von 24,3 Tagen entspricht.

pflegende Angehörige Kurzzeitpflege in den NÖ Landesheimen für ihre pflegebedürftigen Angehörigen als entlastendes Angebot im Umfang von einer bis zu sechs Wochen in Anspruch nehmen können.

Neben der Kurzzeitpflege in den Heimen wird diese Leistung auch an diversen Sozialstationen der Sozialmedizinischen und Sozialen Dienste angeboten. Durch die Übergangspflege wiederum könnte, wie auch im „NÖ Altersalmanach 2000“ hervorgehoben, eine rehabilitative Überbrückung von Drinnen und Draußen erreicht werden<sup>216</sup>.

Unterschiedliche Formen der Tagesbetreuung bzw. Tagespflege, wie sie beispielsweise in Niederösterreich schon erprobt und durch ZENTAS evaluiert wurden, könnten in Zukunft ebenfalls verstärkt Überbrückungs- und Ergänzungsfunktionen übernehmen<sup>217</sup>, womit ihnen auch ein hoher Stellenwert in der Versorgung von älteren Personen mit psychischen Behinderungen zukommen könnte.

## **Geschlechtsspezifische Aspekte**

Aus der zuvor dargestellten Empfehlungen im Bereich Selbstversorgung und Wohnen geht hervor, dass die individuellen Unterstützungsleistungen in ihrer Art und ihrem Umfang dem wechselnden Bedarf einer Person angepasst werden sollen, damit diese in ihrem Lebensfeld integriert bleiben kann. Dabei wird nicht von einer punktuellen Festlegung des individuellen Unterstützungsbedarfes, sondern von einem laufenden Prozess, in dem die individuellen Veränderungen und Entwicklungen in ihrer Wechselwirkung mit dem biografischen und sozialen Kontext berücksichtigt werden, ausgegangen. Diese personenzentrierte Vorgehensweise impliziert somit auch eine geschlechtsdifferenzierte Betrachtungsweise in der Planung und Umsetzung von individuellen Unterstützungsmaßnahmen, in denen sowohl

---

<sup>216</sup> Verwiesen sei hier einerseits auf das im Kap. 2.3 erwähnte PSD-Projekt der Übergangspflege sowie andererseits auf die - dort im Text empfohlene - verstärkte Zusammenarbeit zwischen Heimen, PSDs sowie den Sozialmedizinischen Diensten.

<sup>217</sup> Bernd Löger, Anton Amann: Altwerden in Niederösterreich III „Altersalmanach 2000“, Teil II: Pflegevorsorge: Aktuelle Trends und Fragen für die Zukunft. Serie des Zentrums für Alternswissenschaften und Sozialpolitikforschung, Band 21/Teil II, Juli 2001

die individuellen Erfahrungen als auch der aktuelle Lebenskontext laufend berücksichtigt werden.

Bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in privaten Wohnformen ist es weitgehend anzustreben, dass die Personen – unabhängig von Art und Ausmaß der erforderlichen Unterstützungsmaßnahmen – in ihrem normalen Lebensfeld bleiben können und die Unterstützung dort erfolgt. Diese Lebensfeldzentrierung fördert die soziale Integration und verhindert strukturell bedingte Beziehungsabbrüche, wie sie z.B. bei einem Wechsel in betreute Wohneinrichtungen durch die Trennung von den Angehörigen der Fall sind. Insbesondere bei psychisch erkrankten Personen – vor allem Frauen - mit Kindern und schwangeren Frauen kann durch den Verbleib in einem normalen Lebensfeld und die umfassende Unterstützung die Gefahr des Entzuges der Obsorge für das/die Kind/er reduziert werden. Ein weiterer Vorteil personenzentrierter Unterstützung im Lebensfeld besteht darin, dass die – in erster Linie weiblichen - Angehörigen von bestimmten Betreuungsaufgaben entlastet werden können. Darüber hinaus werden die Prozesse im Lebensfeld im Zuge der Unterstützungserbringung laufend einem Monitoring unterzogen, so dass auf allfällige Fehlentwicklungen (familiäre Gewalt, Vernachlässigung, etc.) mitunter rascher und adäquater reagiert werden kann als dies ohne die regelmäßig stattfindende Kontaktaufnahme im Lebensfeld der Fall wäre.

In den im NÖ Psychiatrieplan vorangestellten Leitlinien für die psychiatrische Versorgung wird eine Einbettung der Leistungen in das allgemeine Versorgungssystem gefordert. Das bedeutet, dass auch im Bereich Selbstversorgung und Wohnen eine Kooperation mit allen im individuellen Fall benötigten sozialen und gesundheitsfördernden Einrichtungen und Diensten erfolgen muss. Dazu zählen unter anderem auch Frauen-, Männer-, Ehe- und Familienberatungsstellen, Frauenhäuser, Jugendämter, etc.

Bei der Unterstützung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in privaten Wohnformen ist durch eine Ausgewogenheit von weiblichen und männlichen Mitarbeitern in den mobilen Unterstützungsteams die individuelle Wahlmöglichkeit zwischen Betreuungspersonen unterschiedlichen Geschlechts zu garantieren.

Das Ziel der Unterstützung im Bereich Selbstversorgung und Wohnen ist es, den Betroffenen ein möglichst normales, selbstbestimmtes und gesellschaftlich integriertes Leben zu ermöglichen. Dazu gehört - neben dem Verbleib in einem vertrauten und möglichst normalen sozialen Kontext - der Ausgleich von Benachteiligungen und Diskriminierungen aufgrund der psychischen Beeinträchtigung. Hier sind es vor allem die Frauen, die aufgrund geschlechtsspezifischer Sozialisationseinflüsse eher zu Abhängigkeiten von Personen und Strukturen neigen und mehr gesellschaftlichen Benachteiligungen ausgesetzt sind. In den Unterstützungsbeziehungen und -konzepten ist dem mit vermehrten autonomiefördernden Maßnahmen zu begegnen. Weiters ist zu berücksichtigen, dass es konkrete geschlechtsspezifische Unterschiede im Bereich Selbstversorgung und Wohnen gibt, die in der Planung und Umsetzung der Unterstützungsleistungen berücksichtigt werden müssen. So können in vielen Fällen die Frauen nach längerfristigen Aufenthalten in Institutionen ihre Kompetenzen im Bereich der Selbstversorgung reaktivieren, während Männer diese Kompetenzen erstmals erwerben müssen. Ein weiterer geschlechtsspezifischer Unterschied zeigt sich im subjektiven Stellenwert des Wohnens und der Haushaltsführung. Der persönliche Bezug zur und die individuelle Bedeutung der eigenen Wohnung ist in der Regel bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern, bei denen eine eher funktionale Betrachtungsweise im Vordergrund steht.

In den Strukturen und Prozessen institutioneller Wohnformen sind geschlechtsspezifische Bedürfnisse ebenfalls zu berücksichtigen. Hier steht zunächst die Forderung nach Räumen, die Rückzugsmöglichkeiten bieten und die Wahrung von Intimität ermöglichen, im Vordergrund. Getrennte sanitäre Anlagen für Männer und Frauen sollen in jeder Einrichtung vorhanden sein. In größeren Einrichtungen, wie z.B. Heimen aber auch in Wohnverbänden könnten eigene Bereiche für Personen weiblichen bzw. männlichen Geschlechts geschaffen werden.

Beim Personal der institutionellen Wohnformen soll der Verteilungsschlüssel von weiblichem und männlichem Personal mit dem Anteil weiblicher und männlicher Bewohner korrespondieren. Eine prinzipielle Wahlmöglichkeit sollte für jeden Bewohner gegeben sein, welche Unterstützungsleistungen von Mitarbeitern welchen Geschlechts erbracht werden sollen. Insbesondere im Bereich der Körperpflege ist auf individuelle Bedürfnisse, Ängste, Schamgefühle, etc. Rücksicht zu nehmen. Die Mitarbeiter sollten auch in der Wahrnehmung

geschlechtsspezifischen Rollen- und Problemverhaltens der Bewohner geschult sein, um beispielsweise bei sexueller Belästigung oder sozialer Unterdrückung von weiblichen Bewohnerinnen rasch eingreifen zu können.

Insbesondere in kleineren Wohneinrichtungen, wie z.B. Wohngemeinschaften, ist sowohl auf eine Ausgewogenheit zwischen weiblichen und männlichen Bewohnern als auch auf eine Atmosphäre zu achten, in der keine der beiden Gruppen benachteiligt bzw. in bestimmten sozialen Rollen fixiert wird. Für alleinerziehende Personen mit Kindern bzw. für schwangere Frauen, für die keine alternative Wohnform verfügbar ist, sollten Wohneinrichtungen - zumindest vorübergehend - die Möglichkeit vorsehen, mit den Kindern in diesen Einrichtungen zu leben.

Falls innerhalb der Wohneinrichtung therapeutische bzw. rehabilitative Gruppenprogramme angeboten werden, sollten die Angebote auch geschlechtsspezifische Programme umfassen.

## **Rechtliche Anpassungsempfehlungen**

Die derzeitige Angebotsausrichtung und Finanzierung in den betreuten Wohnformen wird hauptsächlich durch „Richtlinien für Einrichtungen für psychisch behinderte Menschen“ der zuständigen Landesabteilung GS 5 geregelt. Darin werden verstärkt Anreize für sogenannte „stationäre“ und „teilstationäre“ Dienste in Form von voll- und teilbetreuten Wohnformen gesetzt. Die Platzierungen erfolgen nach bescheidmäßigen Zuordnungen der betreffenden Person zu einer dieser Einrichtungen. Je selbstständiger und weniger institutionell organisiert jedoch die angestrebte bzw. bereits genutzte Wohnform ausgerichtet ist, umso weniger erscheinen dabei die entsprechenden Unterstützungsleistungen finanziell abgedeckt und damit auch realisierbar. Die breitere Ausschöpfung der im NÖ SHG vorgesehenen „persönlichen Hilfen“ könnte durch die Einbindung in die Versorgungsrichtlinien personenzentriertere Finanzierungen erlauben. Lediglich die Regelung für punktbetreutes Wohnen im Rahmen der bestehenden Richtlinien und die Vereinbarungen für das Betreiben des psychosozialen Dienstes bieten hier ansatzweise Lösungen für aufsuchende Dienste.

Eine diesbezügliche Anpassung könnte durch ein bedarfs- und leistungsorientiertes Finanzierungsmodell gefunden werden, in dem - auf dem Prinzip der bestehenden Finanzierungsstufe für punktbetreutes Wohnen aufbauend - entsprechend angepasste Stundensätze (Preise) für die Erbringung von definierten Leistungen in den beschriebenen Bereichen ausgewiesen werden (siehe Kapitel D.2 „Finanzierung“). Mit Hilfe eines standardisierten Dokumentationssystems könnten dann die Leistungen aufgezeichnet und in vereinbarten Zeiträumen mit den Leistungserbringern abgerechnet werden. Bei diesem Prinzip wird nicht die betreuende Person einer Verrechnungskategorie zugeordnet, sondern die Finanzierung richtet sich nach den individuell geplanten und umgesetzten Leistungen.

Ein weiteres Verbesserungspotenzial liegt in der derzeitigen Handhabung der Pflegegeldzuerkennung bei Personen mit psychischen Behinderungen. Dem besonderen psychosozialen und fluktuierenden Unterstützungsbedarf wird durch das gängige Einstufungsverfahren nicht ausreichend entsprochen. Dieses Defizit als Ausdruck einer diskriminierenden Ungleichbehandlung kann in der Lebensgestaltung von psychisch behinderten Personen die persönliche Abhängigkeit von institutionellen Hilfen fördern. Eine Besserung dieses Missstandes sollte durch angemessene Ergänzungen und Präzisierungen in den formalen Voraussetzungen für die Zuerkennung einer Pflegestufe eingeleitet werden.

### B.3.1.3.2.2 Bereich Tagesgestaltung und Kontaktfindung

Hauptpunkte

#### Versorgungsgrundlagen

- Die **Zielgruppe** für Unterstützungsleistungen im Bereich der Tagesgestaltung und der Kontaktfindung sind erwachsene Personen mit psychischen Beeinträchtigungen, die nicht in der Lage sind, eine Arbeit oder arbeitsähnliche Tätigkeit auszuüben und die durch ihre Tätigkeiten zur Selbstversorgung und andere eigene Aktivitäten alleine über keine ausreichende Tagesstruktur verfügen.
- Die **Leistungen im Bereich Tagesgestaltung und Kontaktfindung** umfassen alle Unterstützungsfunktionen zur Gestaltung der nicht durch Arbeit und andere Anforderungen gebundenen Zeit, zur Wahrnehmung persönlicher Interessen und Hobbys, zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und zur Aufnahme und Gestaltung persönlicher sozialer Beziehungen.
- Die Erbringung von Unterstützungsleistungen im Bereich Tagesgestaltung und Kontaktfindung muss den oftmals diskontinuierlichen Krankheitsverläufen Rechnung tragen und sich in Art und Ausmaß an **den individuellen Bedarfsschwankungen und Unterstützungsbedürfnissen** orientieren, ohne einen Wechsel zu einem anderen Dienst bzw. in eine andere Einrichtung nach sich zu ziehen.
- Die individuell notwendigen Unterstützungsmaßnahmen sind integrierter Teil eines **Komplexleistungsprogramms**, das auf der **individuellen Hilfeplanung** basiert und auch Unterstützungen in den Bereichen Selbstversorgung und Wohnen bzw. Arbeit und Ausbildung beinhaltet. Zwischen den einzelnen Bereichen bestehen Überschneidungen und Wechselwirkungen.
- Im Sinne der **Personenzentrierung** müssen sich die angebotenen Unterstützungsleistungen am individuellen Bedarf ausrichten und es darf nicht die Angebotsstruktur die Selektion der Klienten, die eine Unterstützung im Bereich Tagesgestaltung und Kontaktfindung erhalten, determinieren.

- Die Unterstützungsleistungen im Bereich Tagesgestaltung und Kontaktfindung dürfen **nicht als Substitut für mangelnde lebensfeldnahe Unterstützungsangebote** in den Bereichen Selbstversorgung und Wohnen bzw. Arbeit und Ausbildung eingesetzt werden.

### *Versorgungsformen*

- Grundsätzlich ist - unter Berücksichtigung der jeweiligen infrastrukturellen Möglichkeiten - der Förderung der **individuellen Teilhabe** an tagesgestaltenden und kontaktfindenden Aktivitäten im normalen sozialen Umfeld so weit wie möglich der Vorrang vor institutionell organisierten Hilfen zu geben.
- **Multifunktionale Tages- und Integrationszentren** sollen für jene Personen geschaffen werden, die mit den mobilen, tagesgestaltenden und kontaktfindenden Angeboten keine bedarfsdeckende Unterstützung erfahren. Diese Tages- und Integrationszentren sollen sich auf verschiedene dezentrale Standorte verteilen und den Betroffenen - unter größtmöglicher Einbindung der lokalen allgemeinen Dienste und Einrichtungen - Kontakt- und Begegnungsmöglichkeiten, soziotherapeutische Leistungen sowie Zuverdienstarbeitsplätze anbieten.
- Diese multifunktionalen Tages- und Integrationszentren sollen schrittweise die **Funktionen** der bestehenden, nach dem traditionellen Modell der Rehabilitationskette konzipierten tagesstrukturierenden Einrichtungen, d.h. der **Tagesheimstätten und Clubs**, integrieren und durch entsprechende Umstrukturierungen deren isoliertes Bestehen letztlich entbehrlich machen.
- Die **Erreichbarkeit und Niederschwelligkeit** sind wesentliche Qualitätskriterien für die empfohlenen Tages- und Integrationszentren. Prinzipiell sollte daher in jedem Bezirk/Sektor ein derartiges Zentrum, gegebenenfalls mit Zweigstellen, eingerichtet werden. Die Öffnungszeiten sollten *kundenfreundlich* sein. Niederschwelligkeit bedeutet einerseits die Absage an grundsätzliche alters-, diagnosen- und finanzierungsabhängige Ausschlusskriterien für den Besuch eines Tages- und Integrationszentrums und andererseits die Möglichkeit der zeitlich flexiblen Inanspruchnahme.

- Modelle, bei denen die Unterstützungsleistungen zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung ausschließlich **in der Wohneinrichtung** angeboten werden, sollten ausschließlich Personen mit stark eingeschränkter Mobilität vorbehalten sein. Hier sollten entsprechende **Maßnahmen auch von außen** in die Einrichtung gebracht werden.
  
- **Alters - und geschlechtsspezifische Aspekte** sind in den Unterstützungsstrukturen und -prozessen der tagesgestaltenden und kontaktfindenden Dienste und Einrichtungen zu berücksichtigen.

## **Versorgungsumsetzung**

- **Die jeweilige Festlegung des Bedarfs** sollte durch ein kontinuierliches, regional gesteuertes Monitoring auf der Basis von einheitlich dokumentierten individuellen Hilfeplänen durch die Anbieter psychiatrischer Versorgungsleistungen erfolgen.

## **Generelle Empfehlungen zur Weiterentwicklung**

In der traditionellen Konzeption des sogenannten komplementären Bereichs werden in Wohn- und Rehabilitationseinrichtungen den dort versorgten psychisch behinderten Personen die meisten alltagspraktischen Tätigkeiten zur Selbstversorgung und Haushaltsführung aus den Händen genommen. Stattdessen dominieren institutionelle Organisationsabläufe mit der notwendigen Konsequenz, die dadurch frei gewordene Zeit durch tagesstrukturierende Maßnahmen füllen zu müssen. Nicht zuletzt auf diesem Hintergrund ist die Entstehung zahlreicher institutioneller Angebote zur Tagesstrukturierung und zum Training alltagspraktischer Fertigkeiten zu sehen. Damit verlagern sich allerdings die angebotenen Unterstützungs- und Fördermaßnahmen weg von den individuellen Lebensfeldern hin zu artifiziellen Trainingsfeldern in Einrichtungen.

In den Bereich der Tagesgestaltung und Kontaktfindung fallen folgende Unterstützungsleistungen:

- Unterstützung bei der Gestaltung der Tageszeit, die nicht durch Arbeit und andere Anforderungen gebunden ist, und bei der Wahrnehmung persönlicher Interessen und Hobbys, einschließlich der Bereitstellung von niederschweligen Tageszentren.
- Unterstützung bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher sozialer Beziehungen im unmittelbaren und erweiterten Lebensfeld.
- Unterstützung bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben unter Nutzung öffentlicher Begegnungs- und Freizeitangebote in Vereinen,

Interessensgemeinschaften, etc., einschließlich der Bereitstellung von speziell ausgerichteten, niederschweligen Begegnungsstätten.

Zielgruppe für diese Unterstützungsleistungen sind jene psychisch behinderten Personen,

- die nicht in der Lage sind, eine Arbeit oder arbeitsähnliche Tätigkeit auszuüben, sei es vorübergehend oder vermutlich dauerhaft, und die durch Selbstversorgung und eigene tagesstrukturierende Außenaktivitäten keine ausreichende Tagesstruktur bzw. keine befriedigende soziale Integration vorfinden, und
- die zwar einer Erwerbstätigkeit nachgehen, aber selbst (noch) nicht ausreichend in der Lage sind, ihre Freizeit zu strukturieren und soziale Kontakte zu pflegen.

In der vorliegenden Evaluation wird für die Organisation der Unterstützungsleistungen - analog zum Bereich Selbstversorgung und Wohnen - das funktionale Prinzip der Personen- und Lebensfeldzentrierung empfohlen. Das heißt, dass nicht die Angebotsstruktur einer Einrichtung bestimmen soll, welche Klienten passend sind und somit die angebotene Unterstützung erhalten, sondern dass sich die Unterstützungsleistungen in ihrer Art, ihrem Umfang und ihrer Dauer möglichst flexibel an den oft diskontinuierlichen Bedarf der Klienten anpassen sollen. Auf der Grundlage individueller Unterstützungspläne sollen maßgeschneiderte Programme erstellt werden, deren Umsetzung so weit als möglich in normalen sozialen Kontexten erfolgen soll. Das bedeutet, dass die Unterstützung zunächst auf die Nutzung von Möglichkeiten zur Tagesgestaltung und Kommunikation im privaten Lebensbereich der Betroffenen ausgerichtet sein soll und erst, wenn diese Angebote im Einzelfall nicht ausreichend realisierbar sind, auf institutionelle Versorgungsleistungen zurückgegriffen werden kann. Die Unterstützungsmaßnahmen sind dabei Bestandteile eines individuellen Komplexleistungsprogramms, das auch die Unterstützung in den Bereichen Selbstversorgung und Wohnen bzw. Arbeit und Ausbildung umfasst. Zwischen den drei genannten Bereichen bestehen zahlreiche Überschneidungen und Wechselwirkungen. So tragen zahlreiche Tätigkeiten im Rahmen der Selbstversorgung und der Arbeit und Ausbildung auch zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung bei. Mobile Teams, deren Tätigkeiten an Prinzipien des Case-Managements ausgerichtet sind, sollen durch ihre

integrative und vernetzende Arbeitsweise in allen drei Funktionsbereichen koordinieren und unterstützen und somit das Schnittstellenmanagement optimieren.

Weil eine normalisierende Tagesgestaltung und Kontaktfindung zwar aus dem Lebensmittelpunkt der eigenen Wohnung heraus organisiert werden sollte, aber nicht auf die eigenen vier Wände beschränkt sein kann, wäre gerade im Bereich der Tagesgestaltung und Kontaktfindung ein ausbalanciertes Verhältnis zwischen *drinnen* und *draußen* zielführend. Die hauptsächlich mobil zu organisierende Unterstützung sollte demnach auch die von der eigenen Wohnung ausgehenden Außenaktivitäten fördern. Die Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und den öffentlichen Angeboten der Freizeit- und Kontaktgestaltung sollte bei allen professionellen Bemühungen - nicht zuletzt aus Gründen zur Vermeidung sozialer Diskrimination - als vorrangig betrachtet werden. Erst subsidiär sind daran speziell psychiatrische Maßnahmen anzugliedern.

Neben der beschriebenen Unterstützung und Förderung der individuellen Tages- und Kontaktgestaltung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben im Sinne eigener Außenaktivitäten sollen multifunktionale Tages- und Integrationszentren geschaffen werden, die den Betroffenen soziale Kontakte, soziotherapeutische Maßnahmen aber auch Arbeits- bzw. arbeitsähnliche Beschäftigungsmöglichkeiten (siehe Abschnitt *Arbeit und Ausbildung*) anbieten. Diese Tages- und Integrationszentren könnten schrittweise die Funktionen der bisher isoliert voneinander bestehenden Tagesheimstätten und Clubs synergetisch zusammenführen.

Diese neuartigen Tages- und Integrationszentren sollen auf verschiedene dezentrale Standorte, gegebenenfalls mit differenzierten Angebotsschwerpunkten, aufgeteilt werden und die Gemeindeintegration durch Kooperation mit öffentlichen und privaten Diensten und Einrichtungen (Volkshochschulen, Kirchen, Vereine, etc.) fördern. Sie müssen gut erreichbar und niederschwellig sein, d.h. die Zugangskriterien sollen breit angelegt sein (keine grundsätzlichen alters-, diagnosen-, finanzierungsabhängigen, etc. Selektionskriterien) und das zeitliche Ausmaß des Besuches sowie die Teilnahme an Programmen sollten individuell und flexibel zu gestalten sein. Als Mindeststandard wäre die Platzierung von mindestens einem Tages- und Integrationszentrum pro politischem Bezirk (=Sektor) vorstellbar, das heißt, dass entspräche ungefähr einem Zentrum pro 50.000 EW.

Das im NÖ Sozialhilfe-Raumordnungsprogramm beschriebene Konzept der psychosozialen Zentren als zentrale Einrichtungen für psychisch behinderte Menschen, die mit einem Club und/oder einer Tagesheimstätte ausgestattet und mit Wohnmöglichkeiten für psychisch kranken Menschen verbunden sind, kann insofern als inhaltliche Grundlage betrachtet werden, als es unterschiedliche Leistungsbereiche in einer Art Verbundsystem vorhält. Insofern wäre die oben erwähnte Schaffung multifunktionaler Tages- bzw. Integrationszentren eine sinnvolle Weiterentwicklung dieses Konzepts. Durch die Hinzufügung verschiedenster ambulanter und mobiler Funktionen sowohl aus dem Bereich der Tagesgestaltung und Kontaktfindung als auch aus dem Bereich der Arbeit und Ausbildung, könnte dieses bestehende Konzept weiterentwickelt werden.

Vergleichbare Organisationsformen finden sich beispielweise im „Industriecafé“ in Gütersloh/D, im Tageszentrum der pro mente Kärnten in Klagenfurt und in den international verbreiteten „Fountain Houses“. Überträgt man diese Modelle auf das hier für NÖ vorgeschlagene Konzept der multifunktionalen Tages- und Integrationszentren, so sollte in diesen zum einen die Möglichkeit der zeitlich flexiblen Inanspruchnahme bestehen, d.h. die Klienten innerhalb der Ganztagesöffnungszeiten bestimmen können, wann und wie oft sie kommen und wie lange sie bleiben. Zum anderen sollte für die Klienten die Möglichkeit gegeben sein, zwischen verschiedenen strukturierten Angeboten zu wählen. Die Einrichtungen sollten zunächst niederschwellige Kontakt- und Begegnungsstätten mit preislich günstigem gastronomischem Angebot (Mittagessen und Cafeteria) sein und des weiteren diverse soziotherapeutische Leistungen anbieten, wie z.B. Gesprächsrunden, Ausflüge, Kreativprogramme, sportliche Aktivitäten, aber auch psychoedukative, ergo- und musiktherapeutische Programme. Die Vernetzung mit lokalen Beratungsstellen könnte den wichtigen Informationszugang zur soziokulturellen Angebotslandschaft (Wohnungsmarkt, Arbeitsmarkt, Kultur- und Freizeitangebot etc.) und zu rechtlichen Grundlagen bahnen.

Durch die organisatorische Verzahnung mit dem Bereich Arbeit und Ausbildung sollte darüber hinaus für die Klienten die Möglichkeit der *Zuverdienstarbeit* angeboten werden. Dabei handelt es sich um eine Form der Arbeit, bei der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen so viel und so lange arbeiten können, wie sie wollen bzw. ihre Verfassung es zulässt. Klienten mit unterschiedlichem Leistungsvermögen wird so die Gelegenheit

geboten, unter geschützten Bedingungen zu arbeiten und nicht nur beschäftigt zu werden. Die Produktivität wird in diesem Fall auch entlohnt, die Höhe des Lohns richtet sich nach der tatsächlich erbrachten Arbeitsleistung, d.h. in den meisten Fällen nach der Stückzahl bei Fertigungsarbeiten. Die Arbeiten sind Auftragsarbeiten umliegender Firmen und Betriebe, d.h. sie sind in die allgemeine Marktwirtschaft eingebunden. Zuverdienstmöglichkeiten im Bereich der Dienstleistung ergeben sich z.B. durch die Mitarbeit in der einrichtungseigenen Gastronomie, wobei sich hier das Gehalt nach der Arbeitszeit richtet.

Die beschriebene Vielfalt an verfügbaren Angeboten eröffnet zahlreiche individuelle Kombinationsmöglichkeiten. Auf der Grundlage von individuell und integrativ erstellten Hilfeplanungen kann somit für jeden Klienten die passende Unterstützung im Bereich der Tagesgestaltung und Kontaktfindung mit Überleitungen zum Bereich der Arbeit aktiviert werden. Eine konsequente Zusammenführung und Bündelung mit dem Funktionsbereich Arbeit und Ausbildung erscheint insgesamt sinnvoll, wobei die Niederschwelligkeit und Bedürfnisgerechtigkeit als Grundlagen immer im Auge behalten werden müssen.

Dabei sollten sich die Angebote nicht hauptsächlich auf eine kompensatorische Funktion für mangelnde Teilnahmemöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben einerseits und an integrierten Arbeitsmöglichkeiten beschränken, sondern proaktiv als Drehscheibe zwischen privatem Wohnen und Teilnahme am Arbeitsmarkt und am öffentlichen Leben fungieren. Eine innovative Besonderheit stellt dabei die Einbindung der Betroffenen selbst in den Aufbau und das Management dar, womit nicht nur die Angebotsqualität verbessert wird, sondern darüber hinaus neue bedürfnisgerechte Arbeitsmöglichkeiten geschaffen werden. Unter dem Slogan „Betroffene übernehmen Einrichtungen“ sollten diese qualitätsverbessernden und angebotserweiternden Möglichkeiten auch bei der hier vorgeschlagenen Organisationsentwicklung zu multifunktionalen Tages- und Integrationszentren berücksichtigt werden.

## Erhebungsmethode

Für die vorliegende Analyse wurden von Dezember 2001 bis Jänner 2002 Angaben der Leistungsträger von Tagesheimstätten und Clubs telefonisch bzw. per E-Mail erfragt. Allfällige Aktualisierungen seitens der Leistungsträger wurden bis zum Stichtag 22.07.2002 berücksichtigt. Die Daten zur Tagesgestaltung in Wohneinrichtungen entstammen der im März und April 2002 durchgeführten Fragebogenerhebung in den betreuten Wohneinrichtungen für psychisch Kranke in NÖ, die im vorigen Abschnitt dargestellt ist.

## Ergebnisse

Beim derzeitigen tagesstrukturierenden Angebot für Personen mit psychischen Behinderungen lässt sich – so wie auch schon im vorigen Kapitel beim aktuellen Angebot der betreuten Wohnformen dargestellt – ein stufenförmiger Aufbau im Sinne der traditionellen Rehabilitationskette ausnehmen, der in den leistungsrechtlichen Vorgaben begründet liegt. Es besteht nach den Richtlinien der NÖ Landesabteilung GS 5 (Sozialhilfe) aus drei Haupttypen:

- Clubs
- Tagesheimstätten
- Tagesgestaltung in Wohneinrichtungen

In allen im Untersuchungszeitraum bestehenden tagesstrukturierenden Einrichtungen gab es eine Platzkapazität von maximal 520 Plätzen.<sup>218</sup> Das ergibt eine Platzmessziffer von 0,34/1000 EW, die innerhalb des empfohlenen Rahmens des ÖBIG liegt. Im PP95 wurden keine diesbezüglichen Referenzwerte angegeben.

---

<sup>218</sup> In dieser Darstellung werden die Tagesheimstätten dem Bereich Tagesgestaltung zugeordnet. Es gibt allerdings bei diesem Einrichtungstyp deutliche Überschneidungen mit den Bereich Arbeit und Ausbildung (z.B. Emmaus City Farm-Projekt).

Die folgende Tabelle 13 gibt einen Überblick über die vorhandenen tagesstrukturierenden Einrichtungen, nach Psychiatrieregionen gegliedert.

Tab.13: Verfügbare Plätze an Clubs und Tagesheimstätten im Zeitraum April – Mai 2002

Region Einwohnerzahl		Freizeit- und Reha-Clubs				Tagesheimstätten			
		Anzahl	Öffnungs- stunden pro Woche	maximale Platz- anzahl	Plätze/ 1000 EW	Anzahl	Öffnungs- stunden pro Woche	Plätze	Plätze/ 1000 EW
Wein- viertel	Weinviertel 287.483	4	80	40	0,14	1	38	35	0,12
Industrie- viertel	Thermenregion 317.090	4	80	52	0,16	1	38,5	24	0,08
	Bucklige Welt 195.305	2	50	50	0,26	1	31	20	0,10
NÖ Mitte	NÖ Mitte Nord 192.669	2	40	23	0,12	2	80,5	97	0,50
	NÖ Mitte Süd 169.514	2	40	26	0,15	1	32	5	0,03
Most- viertel	Mostviertel 237.461	4	35	52	0,22	2	75	44	0,19
Wald- viertel	Waldviertel 146.282	4	55	52	0,36	0	0	0	0
<b>NÖ gesamt 1.545.804</b>		<b>22</b>	<b>380</b>	<b>295</b>	<b>0,19</b>	<b>8</b>	<b>295</b>	<b>225</b>	<b>0,15</b>

#### Clubs<sup>219</sup>

Clubs werden im NÖ Sozialhilfegesetz den „persönlichen Hilfen“ zugeordnet. Sie sollen Freizeitangebote und Maßnahmen zur Tagesstrukturierung für Menschen mit besonderen Bedürfnissen bereitstellen. Im Gegensatz zu den Tagesheimstätten können die Leistungen eines Clubs laut Richtlinien der NÖ Landesabteilung GS 5 (Sozialhilfe) ohne individuellen Antrag in Anspruch genommen werden. Es besteht weiters keine Verpflichtung hinsichtlich Dauer und Umfang der Angebotsnutzung. Als Kernaufgaben werden die Aktivierung,

<sup>219</sup> Eine vollständige Auflistung findet sich im Anhang.

Förderung und Erhaltung von sozialem Kontakt, individuellen Fähigkeiten und Selbständigkeit festgelegt.

Es wird zwischen zwei Arten von Clubs, die jeweils zwei unterschiedliche Zielgruppen ansprechen sollen, unterschieden, nämlich den Freizeitclubs und den Rehabilitationsclubs. Während die Freizeitclubs für „langjährige, chronisch psychiatrische Personen“ konzipiert sind und Angebote im Sinne der aktiven Freizeitgestaltung in der Gemeinschaft fokussiert werden, sollen in Reha-Clubs psychisch behinderte Menschen, die im Anschluss an einen stationären Psychiatrieaufenthalt weiterführender Stützmaßnahmen bedürfen und die vielfach noch im Erwerbsleben stehen, gefördert und rehabilitiert werden.

Die maximale Kapazität wurde mit insgesamt 295 Plätzen (0,19/1000EW) in 22 Clubs angegeben; davon 92 Plätze in 6 Freizeit-Clubs und 203 Plätze in 16 Reha-Clubs. Vier verschiedene Träger betrieben diese Einrichtungen, wobei sich der Großteil zwischen Caritas St. Pölten und PSZ Ges.m.b.H. aufteilte. In allen Regionen existierten mindestens zwei Clubs. Mit Ausnahme der Teilbezirke Purkersdorf und Klosterneuburg war in jedem Bezirk ein Club vorhanden.

Die maximale Platzanzahl variierte von 10 - 40 und belief sich auf durchschnittlich 13,4 je Club. Die Öffnungszeiten reichten von 3 - 30 Stunden pro Woche, über Öffnungszeiten von 20 bzw. 30 Stunden verfügten 17 der insgesamt 22 Clubs (77,3%) mit 230 (78,0%) aller 295 Maximalplätze, wobei lediglich einer dieser Clubs (Wr. Neustadt) mit 40 Maximalplätzen die oberste Grenze mit 30 Öffnungsstunden erreichte (Tabelle 14).

**Tabelle 14**

Öffnungs- Stunden	<i>Anzahl der Clubs</i>		maximale Platzanzahl	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
< 15	5	22,73%	65	22,03%
20	16	72,73%	190	64,41%
30	1	4,55%	40	13,56%
<b>gesamt</b>	<b>22</b>	<b>100,00%</b>	<b>295</b>	<b>100,00%</b>

Aus den untersuchten Wohnformen wurden im Erhebungszeitraum März – April 2002 insgesamt 17 (2,3%) von 684 Bewohnern angegeben, die regelmäßig einen Club besuchen; damit wären lediglich 5,8% aller Clubplätze von Bewohnern aus betreuten Wohnformen in Anspruch genommen worden. Bis auf eine Person aus einer Betreuungsstation kamen alle aus teil- bzw. punktbetreuten Wohnformen (Tabelle 15).

**Tabelle 15**

Regelmäßige Arbeit/Beschäftigung - absolute Zahlen (n=684)						
Form der Arbeit/Beschäftigung	Einrichtungstyp <sup>220</sup>					gesamt
	FPH	BST	Vollbetr.	Teilbetr.	Punktbetr.	
keine Arbeit/Beschäftigung	129	120		1	7	257
im Wohnbereich der Einrichtung		61	6	7		74
in eigenem Bereich der Einrichtung	39	95	11	17		162
im Außenbereich der Einrichtung	10	30	3			43
in einem Club		1		5	11	17
in einer Tagesheimstätte	1		45	32	27	105
in einem Arbeitstrainingszentrum					3	3
in einer geschützten Werkstätte		2		1	1	4
an einem geschützten Arbeitsplatz			1		3	4
an einem freien Arbeitsplatz				3	5	8
sonstiges				1	1	2
keine Angabe					5	5
<b>gesamt</b>	<b>179</b>	<b>309</b>	<b>66</b>	<b>67</b>	<b>63</b>	<b>684</b>

#### Tagesheimstätten<sup>221</sup>

Tagesheimstätten zielen gemäß den Richtlinien der NÖ Landesabteilung GS 5 (Sozialhilfe) auf eine weitest mögliche berufliche und soziale Wiedereingliederung und/oder Stabilisierung und Verbesserung der psychischen Gesamtbefindlichkeit sowie eine Alltagsstrukturierung an. Als Zielgruppe werden einerseits Personen genannt, die zielorientiert wieder ins Berufsleben integriert werden können und andererseits „chronische Patienten“, für die eine Ganztagesstruktur und die mit dieser verbundenen Hilfen ein Leben außerhalb des

<sup>220</sup> Abkürzungen stehen für Förderpflegeheim, Betreuungsstationen, vollbetreutes, teilbetreutes, punktbetreutes Wohnen nach den NÖ Landesrichtlinien

psychiatrischen Krankenhauses ermöglicht. Im NÖ Sozialhilfegesetz werden die Tagesheimstätten für Menschen mit besonderen Bedürfnissen den sogenannten teilstationären Diensten zugerechnet.

Der Besuch einer Tagesheimstätte verlangt einen genehmigten Sozialhilfeantrag seitens des Klienten und verpflichtet ihn zur Anwesenheit während bestimmter Zeiten.

In NÖ existierten im Untersuchungszeitraum 8 Tagesheimstätten (nach den NÖ Landesrichtlinien) mit 225 Plätzen, die von 6 freien Trägern angeboten werden. In den Regionen Zentralraum Nord und Mostviertel gab es zwei, in den Regionen Weinviertel, Thermenregion, Bucklige Welt und Zentralraum Süd jeweils eine, und in der Region Waldviertel gab es keine Tagesheimstätte. Die Anzahl der Plätze variierte von 5 bis 75<sup>222</sup> (im Durchschnitt 28,13 Plätze) bei Öffnungszeiten zwischen 31 und 43,5 Stunden pro Woche. Öffnungszeiten von 35 bis 43,5 Stunden pro Woche besaßen 6 von den insgesamt 8 Tagesheimstätten mit 200 (88,9%) aller 225 Plätze. Die restlichen zwei Tagesheimstätten hatten 31 Stunden (Wr. Neustadt) bzw. 32 Stunden (St. Pölten) in der Woche geöffnet.

Tabelle 16

Öffnungs- Stunden	Anzahl der THS		Platzanzahl	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
< 35	2	25,00%	25	11,11%
35-40	5	62,50%	178	79,11%
> 40	1	12,50%	22	9,78%
<b>gesamt</b>	<b>8</b>	<b>100,00%</b>	<b>225</b>	<b>100,00%</b>

Aus den im Rahmen der vorliegenden Evaluation untersuchten Wohnformen wurden im Erhebungszeitraum März - April 2002 insgesamt 105 (15,4%) von 684 Bewohnern angegeben, die regelmäßig eine Tagesheimstätte besuchten. Das bedeutet, dass 45,7% aller Tagesheimstättenplätze von Bewohnern betreuter Wohneinrichtungen besucht wurden. Davon kamen - bis auf eine Person aus dem Förderpflegeheim - alle aus voll<sup>223</sup>-, teil- und punktbetreuten Wohnformen.

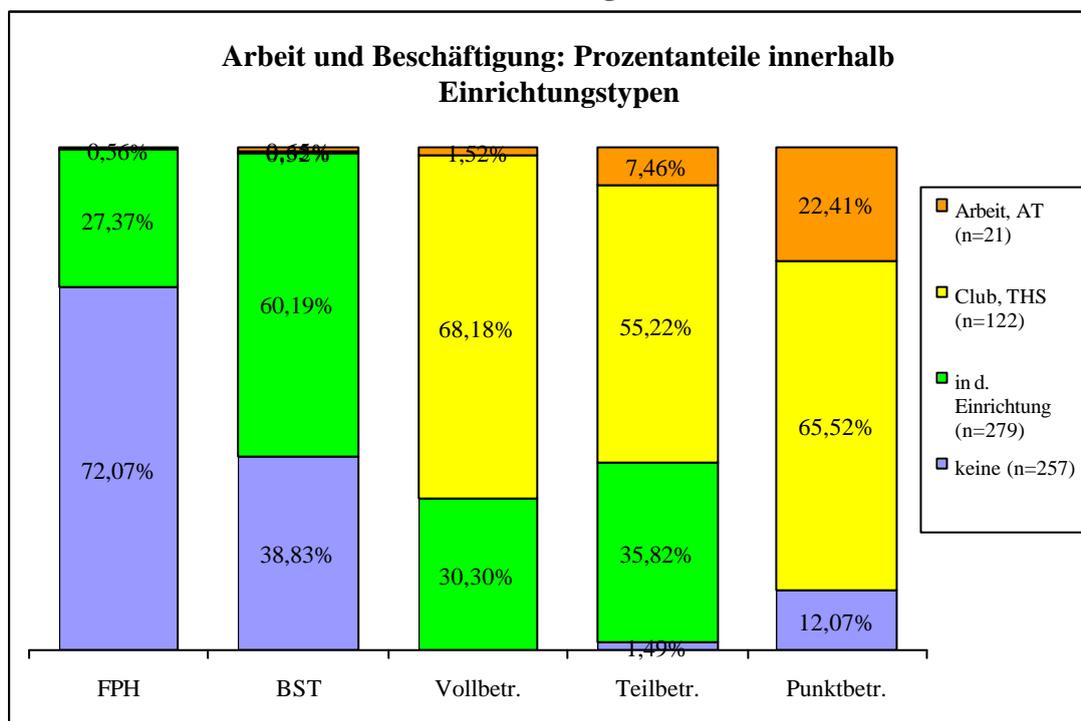
<sup>221</sup> Eine vollständige Auflistung findet sich im Anhang

<sup>222</sup> Die größte Tagesheimstätte mit 75 Plätzen befindet sich in den Caritasheimen Schiltern

<sup>223</sup> Betreuungsstationen exklusive

Bedingt durch die festgelegten Leistungserfordernisse und den damit verknüpften Finanzierungsgegebenheiten fanden sich in den vollstationären/vollbetreuten Wohnformen fast ausschließlich „all in one“-Pakete von Wohnen und Tagesgestaltung, zumal sich auch die Tagesheimstätte in den Caritasheimen Schiltern im selben Gebäudekomplex wie das Wohnheim befindet. Hingegen besuchten Bewohner aus den teil- und punktbetreuten Wohnformen hauptsächlich externe Tagesheimstätten bzw. Clubs.

**Abbildung 9**



Diese Unterschiede ergaben sich vermutlich viel mehr aus einrichtungsspezifischen Gründen als aus Gründen der individuellen Hilfeplanung. Die einmal erfolgte Platzierung bestimmt nachhaltig, ob die Angebotsform in den tagesgestaltenden und kontaktfindenden Hilfen einrichtungsintern oder -extern erfolgt.

## Tagesgestaltungsangebote in Wohneinrichtungen

Neben den bereits erwähnten externen Einrichtungen zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung gibt es auch innerhalb von Wohneinrichtungen für die jeweils eigenen Bewohner ein regelmäßiges tagesgestaltendes Angebot (Tabelle 15). Im Erhebungszeitraum besuchten 162 (23,7%) aller 684 Bewohner der untersuchten Wohneinrichtungen einrichtungsinterne Werkstättenbereiche, und zwar vorwiegend in den vollstationär organisierten Wohneinrichtungen<sup>224</sup>. Weitere 43 (6,3%) Bewohner nutzten im sogenannten Außenbereich der Einrichtungen (hauptsächlich Gartenarbeiten) ein tagesgestaltendes Angebot, und zwar ausschließlich in den vollstationär organisierten Wohnformen<sup>58</sup>. Ein regelmäßiges tagesgestaltendes Angebot direkt im Wohnbereich der jeweiligen Einrichtungen, erhielten insgesamt 74 (10,8%) aller 684 Bewohner. Dabei handelte es sich hauptsächlich um Bewohner von Betreuungsstationen.

---

<sup>224</sup> Förderpflegeheim Mauer, Betreuungsstationen, Wohnheim Schiltern, Haus der Künstler

### *Exkurs: Laienhilfe*

In der Laienhilfe findet sich ebenfalls eine tagesstrukturierende Komponente für die Bewohner von institutionellen Wohnformen. So wurden in allen Betreuungsstationen zusammen 9 ehrenamtliche Helfer mit insgesamt 25,5 Wochenstunden und in den teilbetreuten Wohnformen eine ehrenamtlicher Helferin mit 30 Wochenstunden gemeldet. In den Landes-Pensionisten- und Pflegeheimen waren es 566 ehrenamtliche Mitarbeiter und in den Privatheimen 112. Somit waren insgesamt in den Pensionisten- und Pflegeheimen 687 Personen als Laienhelfer tätig. Über die Anzahl von Personen, die im Auftrag von Sachwaltern Besuchsdienste versehen, liegen keine Angaben vor.

Im Rahmen der Aktion „Spenden Sie Zeit. Schenken Sie Freude“ der NÖ Landesregierung werden seit rund zwei Jahren vermehrt ehrenamtliche MitarbeiterInnen für die Betreuung von BewohnerInnen in NÖ Pensionisten- und Pflegeheimen eingesetzt<sup>225</sup>. Die ehrenamtlichen Besuchsteams sollen dazu beitragen, das Wohlbefinden und die Lebensqualität der HeimbewohnerInnen zu verbessern, indem sie - in Ergänzung zum Personal - gezielte, von den persönlichen Wünschen der BewohnerInnen ausgehende Begleit- und Unterstützungsmaßnahmen anbieten. Die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen haben die Möglichkeit, verschiedene Schulungs- und Fortbildungsangebote zu nutzen und erhalten Verpflegung, Fahrtkostenersatz und Versicherungsschutz. In den Heimen stehen Koordinations- und Ansprechpersonen zur Verfügung. Diese strukturellen Rahmenbedingungen stellen formale Voraussetzungen für eine kompetente Nutzung des freiwilligen Engagements dar.

### **Stärken-Schwächen-Analyse**

## **Angebotsstruktur**

Die Systematik in den Richtlinien der NÖ Landesabteilung GS 5 (Sozialhilfe) mit Zielgruppendefinition, Leistungsprofilen, Personalerfordernissen und Finanzierung bringt Klarheit in die Vielfalt der möglichen tagesstrukturierenden Angebote und praktische

---

<sup>225</sup> Laut einer Meldung der Abteilung Landesheime waren im April 2003 bereits 1.500 ehrenamtliche Helfer in 70 niederösterreichischen Heimen tätig.

Entscheidungsgrundlagen für Zulassungen von Einrichtungen und Zuordnungen der Zielpersonen. In dieser Systematik werden die Tagesheimstätten, im Vergleich zu den Clubs, als das nächsthöhere bzw. nächstintensivere Angebot im Bereich der Rehabilitationseinrichtungen definiert. Als Schwäche ist hingegen die implizite Annahme zu werten, dass eine Veränderung des individuellen Bedarfes einen Wechsel in eine andere, entsprechend höher- bzw. niederschwelligere Einrichtungsstruktur zur Folge hat.

Damit kann auf die für psychisch behinderte Personen typischen und häufigen individuellen Unterstützungsschwankungen innerhalb eines Einrichtungstyps nur begrenzt Rücksicht genommen werden. Dadurch wird auch die Entwicklung organisatorischer Überleitungs- und Schnittstellenprobleme bei den Zuweisungs- und Transferierungsprozessen in vor- bzw. nachgeschaltete Angebote gefördert, wodurch schlussendlich in vielen Fällen eine optimale Platzierung verunmöglicht wird. Zusätzliche Schwierigkeiten im genannten Sinn ergeben sich, wenn der Verbleib in einer betreuten Wohneinrichtung mit dem Besuch einer bestimmten tagesgestaltenden Einrichtung verknüpft wird, wie dies laut den Wohn-Richtlinien der NÖ Landesabteilung GS 5 (Sozialhilfe) vorgesehen ist.

Eine gezielte, vom individuellen Lebensfeld aus organisierte, ressourcen- und problemorientierte Unterstützung bei der Tagesgestaltung, Kontaktfindung und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben im Sinne eigener Außenaktivitäten existiert – in Ermangelung rechtlicher und finanzieller Grundlagen – derzeit nicht. Das heißt, dass für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und einem Bedarf an psychosozialen Hilfen im Bereich Tagesgestaltung und Kontaktfindung keine mobilen, in Art und Ausmaß ihrer Tätigkeit am individuellen Bedarf orientierten Unterstützungsdienste existieren.

## **Clubs**

Die Leistungen eines Clubs können laut NÖ Richtlinien von den Klienten ohne individuellen Antrag in Anspruch genommen werden. Es besteht weiters keine Verpflichtung hinsichtlich Dauer und Umfang der Angebotsnutzung. Diese Niederschwelligkeit der Clubs ist grundsätzlich positiv zu werten, unter anderem weil dadurch den individuellen Befindlichkeits- und Bedürfnisschwankungen der Klienten weit eher entsprochen werden kann als dies z.B. in Tagesheimstätten möglich ist.

Mit der Differenzierung in Freizeit- und Reha-Clubs sollen zwei unterschiedliche Zielgruppen angesprochen werden, nämlich „langjährige chronisch psychiatrische Personen“ mit den Freizeit-Clubs und „psychisch behinderte, vielfach noch im Erwerbsleben stehende psychisch behinderte Menschen im Anschluss an einen stationären Psychiatricaufenthalt“ mit den Reha-Clubs. Kritisch anzumerken ist hier jedoch, dass Clubs prinzipiell nicht – den individuellen Zielsetzungen und Bedarf entsprechend – auf die Versorgung beider Zielgruppen ausgerichtet sind, sondern von einem Entweder-Oder-Prinzip ausgegangen wird. Die Entscheidungsgrundlagen dafür, in welchen Bezirken welche Art von Clubs betrieben werden, dürften vermutlich kaum in lokalen Homogenitäten der Zielgruppen, sondern in allfälligen organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen der Träger liegen. Des Weiteren stellt sich die Frage, ob die Art und das Ausmaß der in den Reha-Clubs angebotenen Gruppentherapien tatsächlich den angenommenen rehabilitativen Effekt haben und damit die beschriebene Heterogenität in den Zielgruppen rechtfertigen. Der postulierten Niederschwelligkeit von Clubs sind in der Versorgungsrealität deutliche Grenzen gesetzt, und zwar sowohl hinsichtlich der räumlichen und personellen Ressourcen als auch hinsichtlich der Öffnungszeiten. Die teilweise beengten räumlichen Verhältnisse und die geringe Personalausstattung lassen jeweils nur eine begrenzte Klientenkapazität zu. Sie bieten kaum Möglichkeiten, dass mehrere unterschiedliche Aktivitäten zur gleichen Zeit stattfinden können und lassen die - im NÖ Sozialhilfe-Raumordnungsprogramm beschriebene - Schaffung von Begegnungsmöglichkeiten zwischen behinderten und nicht behinderten Menschen nicht zu. Die Öffnungszeiten sind mit einem Maximum von 20 Wochenstunden äußerst knapp bemessen und entsprechen damit nicht den Anforderungen einer bedarfsgerechten und flexiblen Angebotsstruktur, insbesondere wenn man berücksichtigt, dass ein Großteil der Clubbesucher nicht über eine durch Arbeit vorgegebene Tagesstruktur und somit über ein hohes Ausmaß an Freizeit verfügt.

## Tagesheimstätten

Der Besuch einer Tagesheimstätte verlangt einen genehmigten Sozialhilfeantrag seitens des Klienten und verpflichtet ihn zur Anwesenheit während der sogenannten „Kernzeit“, die 32 Stunden/Woche beträgt<sup>226</sup>. Jeder Klient hat pro Jahr Anspruch auf 25 Tage Urlaub, d.h. Abwesenheit von der Tagesheimstätte. Diese Vorgaben, die in den Richtlinien der NÖ Landesabteilung GS 5 (Sozialhilfe) festgehalten sind, orientieren sich formal an den Rahmenbedingungen des Berufslebens und stellen hohe Anforderungen an die Klienten hinsichtlich ihrer Belastbarkeit, ihrer Ausdauer und ihrer psychischen Stabilität.

*Für die in den NÖ Richtlinien definierte Zielgruppe der „chronischen Patienten“ stellt sich zunächst die Frage, inwieweit die bestehenden Rahmenbedingungen hinsichtlich der mit 32 Wochenstunden festgelegten Anwesenheitspflicht<sup>227</sup> nicht eine Überforderung darstellen und somit eine Selektion der Klienten bewirken, die mit der inhaltlichen Ausrichtung der Tagesheimstätten kontrastiert. Für die Zielgruppe der „zielorientiert wieder in das Berufsleben zu integrierenden Personen“ beinhaltet das Konzept der Tagesheimstätte insofern Widersprüchlichkeiten, als die Strukturen und Ziele an der Arbeitswelt ausgerichtet sind, aber gleichzeitig in der inhaltlichen Ausrichtung eine Absage an Leistungs- und Produktionsorientierung erfolgt. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage nach dem Stellenwert und Erfolg der arbeitsrehabilitativen Maßnahmen (Assessment, Arbeitstraining, Arbeitserprobung, etc.) in den Tagesheimstätten und die Abgrenzung zu vergleichbaren Maßnahmen in eindeutig arbeitsrehabilitativ ausgerichteten Einrichtungen wie Arbeitstrainingszentren.*

*Speziell für die Zielgruppe der in das Berufsleben zu integrierenden Klienten stellt das Finanzierungssystem der Tagesheimstätten keinen Anreiz dar: Das Subsidiaritätsprinzip der Sozialhilfe verpflichtet nämlich unter anderem den Hilfeempfänger zum Ersatz für die Kosten von bestimmten Sozialhilfemaßnahmen. In der Praxis bedeutet das, dass die in einer Tagesheimstätte betreuten Klienten mit einem Teil ihres Einkommens für die dort erfolgenden Unterstützungs- und Versorgungsleistungen aufkommen müssen. Im Gegenzug erhalten sie ein monatliches Taschengeld sowie einen Fahrtkostenersatz. Die Tagesheimstätten entsprechen mit ihrem Finanzierungssystem daher keinesfalls dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“, wie er mit dem Strukturanpassungsgesetz 1996 verankert wurde<sup>228</sup>.*

*Die Finanzierungsanreize für die Leistungs- und Kostenträger haben darüber hinaus einen nachhaltig negativen Steuerungseffekt für die Klienten der Tagesheimstätten: Die hilfebedürftige Person wird einer Einrichtung mit fixer Angebotspalette bescheidmäßig*

---

<sup>226</sup> In begründeten Ausnahmefällen kann eine Reduktion der wöchentlichen Mindestanwesenheit auf 20 Wochenstunden erfolgen. Diese darf nur im Einvernehmen mit der zuständigen Abteilung VII/1 im Amt der NÖ Landesregierung länger als 4 Wochen dauern.

<sup>227</sup> hinsichtlich der Ausnahmenregelung siehe Abschnitt „Rechtliche Anpassungsempfehlungen“

<sup>228</sup> ASVG § 361 Abs. 1: „Ein Antrag auf eine Pension aus den Versicherungsfällen der geminderten Arbeitsfähigkeit gilt auch als Antrag auf Leistungen der Rehabilitation.“

*zugeordnet; eigentlich sollte es umgekehrt sein: Die passenden Maßnahmen für die einzelne Person sollten bedarfsgerecht gebündelt und verlaufsspezifisch angepasst werden.*

Neben den Angeboten zur beruflichen Rehabilitation zählen auch Maßnahmen zur Förderung der Selbständigkeit in der Selbstversorgung (Üben von lebenspraktischen Fähigkeiten, Kochen und Haushaltstraining, etc.) zu den definierten Angeboten einer Tagesheimstätte. In Ermangelung entsprechender mobiler Unterstützungsformen in privaten Lebensfeldern kommt den Tagesheimstätten somit eine substituierende Funktion zu. Grundsätzlich ist der Unterstützung im Bereich der Selbstversorgung im eigentlichen Lebensfeld der Klienten der Vorzug zu geben, da die Hilfen ebendort benötigt werden und der Transfer von Therapiefortschritten aus der Tagesheimstätte in das Lebensfeld nur begrenzt möglich ist und zusätzlicher Integrationsmaßnahmen im Lebensfeld bedarf.

Eine paradoxe Situation für Klienten kann entstehen, wenn sie in einer vollbetreuten Einrichtung leben und gleichzeitig eine Tagesheimstätte besuchen, wie dies z.B. in den Caritasheimen Schiltern der Fall ist. Hier erfolgt beispielsweise im Wohnbereich die volle Versorgung bei den Mahlzeiten und auch die Fremdreinigung der Wohnbereiche. Gleichzeitig sieht das Angebots- bzw. Anforderungsprofil einer Tagesheimstätte sowohl das Kochen und das Haushaltstraining als auch die Mitarbeit bei der Reinigung der Tagesheimstätte vor. In diesem Fall können allfällige Therapiefortschritte in bestimmten Lebensbereichen schon allein aufgrund der organisatorischen Gegebenheiten nicht in die Praxis umgesetzt werden. Wo keine Perspektive auf eine autonomere und selbständigere Lebensform besteht, stellt sich darüber hinaus die grundsätzliche Frage nach dem Ziel und somit der Sinnhaftigkeit von einzelnen Förder-, Trainings- und Rehabilitationsmaßnahmen.

## Tagesgestaltungsangebote in Wohneinrichtungen

Eine spezielle Situation findet man bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die in vollbetreuten Wohneinrichtungen leben, vor. Durch reglementierte Tagesabläufe, gruppenspezifische Kontakt- und Kommunikationsstrukturen und die zum Teil angebotenen beschäftigungs- und soziotherapeutischen Programme werden Funktionen im Bereich Tagesgestaltung und Kontaktfindung abgedeckt, und zwar gekoppelt mit den Leistungen zur Selbstversorgung. Die Klienten finden somit in der betreuten Wohneinrichtung ein pauschales Angebotsarrangement vor, welches den individuell unterschiedlichen und zeitlich schwankenden Bedürfnissen und Erfordernissen nur bedingt Rechnung tragen kann. Darüber hinaus erweisen sich Lösungen, bei denen alle Funktionen unter einem Dach angeboten werden, insofern als problematisch, als die Bezüge zum eigenen Lebensfeld bzw. zur Außenwelt sukzessive schwinden, da sich der individuelle Aktions- und Kommunikationsradius immer mehr auf die Einrichtung konzentriert.

Die sogenannte Tagesbetreuung in (richtlinienfinanzierten) Wohneinrichtungen ist nach den NÖ Richtlinien dann möglich, wenn dieses Angebot den Inhalten und dem zeitlichen Umfang der Betreuung in einer Tagesheimstätte entspricht. Diese Regelung fördert die Tendenz bei den Betreibern von betreuten Wohneinrichtungen, die Tagesgestaltungsprogramme unter einem Dach mit dem Wohnbereich anzubieten. Dieser ökonomische und personalorganisatorische Anreiz für die Einrichtung geht allerdings mit einer systematischen Einschränkung der individuellen Außenorientierung für die Bewohner und damit mit der Einbuße von reintegrativen Potenzialen einher. Eine örtliche Trennung von Wohnen und Tagesgestaltung wirkt hingegen normalisierender und bietet durch die Nutzung der verfügbaren lokalen Angebote mehr persönliche Wahl- und Entwicklungsmöglichkeiten.

Als Nachteil in vorwiegend vollbetreuten Wohneinrichtungen ist zu werten, dass Erfordernisse der Selbstversorgung (Wohnraumgestaltung, Wohnraumreinigung, Kleiderreinigung, Essensversorgung etc.) den Bewohnern abgenommen werden, und dadurch gleichzeitig ein Potenzial an sinnvollen, tagesstrukturierenden Tätigkeiten wegfällt. Oft muss dann dieser Mangel durch ein artifizielles Tagesstrukturierungs- bzw. Beschäftigungsprogramm kompensiert werden. Dadurch entgehen aus einrichtungsorganisatorischen Gründen wertvolle Tätigkeitsfelder für die Bewohner. Hier

zeigen sich die negativen Folgen einer kategorialen Zuordnung von psychisch behinderten Personen zu Einrichtungen mit relative gleichbleibender Angebotstruktur. Gerade aber der hier schon oft erwähnte fluktuierende Unterstützungsbedarf dieser Zielgruppe würde flexible Anpassungen der Einrichtung an den individuellen Bedarf notwendig machen.

Eine Ausnahme könnten ältere psychisch behinderte Personen mit oft schon eingeschränkter Mobilität darstellen. Aber auch da könnten eventuell vorhandene Angebote von draußen individuell angepasst in die Einrichtungen geholt werden, um einer Gettoisierung mit den möglichen Folgen der resignativen Passivität entgegenzuwirken, die dann oft ihrerseits die krankheitsbedingte Antriebs- und Mobilitätseinbuße überlagert.

### **Feststellung des Bedarfs**

Wie schon im Psychiatrieplan 1995 hingewiesen wurde, lässt sich der Bedarf an Versorgungsstrukturen im Bereich Tagesgestaltung und Kontaktfindung nicht allgemeingültig festlegen. Neben dem individuellen Unterstützungsbedarf der Personen in einer Region haben auch regionale und lokale strukturelle Gegebenheiten einen Einfluss auf die erforderliche Dimension der Versorgungsstrukturen. Deshalb gelten auch hier die im Kapitel „Selbstversorgung und Wohnen“ abgegebenen Empfehlungen für eine regional angepasste, auf laufenden Berichterstattungen basierende Feststellung von Versorgungsangebot und -nachfrage.

Die aktuelle Platzkapazität im Untersuchungszeitraum überschritt mit 0,34 Plätzen/1000 EW knapp den durch das ÖBIG festgelegten Minimumwert von 0,3 Plätzen/1000 EW. Somit erscheint vorerst nicht unbedingt der weitere Ausbau in der bisherigen Form vorrangig, sondern eine qualitative Umstrukturierung, wie sie im Folgenden beschrieben wird.

### **Unterstützung bei der individuellen Tagesgestaltung und Kontaktfindung**

Einen Bedarf an Unterstützungsleistungen bei der individuellen Tagesgestaltung haben primär jene psychisch behinderten Personen aus der bereits eingangs definierten Zielgruppe, deren Zeit weder durch Arbeit oder arbeitsähnliche Tätigkeiten, noch durch Aktivitäten im Rahmen der Selbstversorgung hinreichend ausgefüllt ist und die diese Freizeit nicht mit eigenen Außenaktivitäten zufriedenstellend verbringen können. Personen mit psychischen Behinderungen sind oft damit überfordert, ihren Tag selbst zu gestalten. Bei ihnen spielen - neben psychischen und somatischen Beeinträchtigungen - oft auch die zumeist schlechten finanziellen Verhältnisse eine nicht unerhebliche Rolle, zumal eine Vielzahl von Freizeitaktivitäten mit einem Kostenaufwand verbunden sind.

Die Unterstützungsleistungen selbst reichen beispielsweise von bloßer Information und Beratung über Möglichkeiten der Freizeitgestaltung bzw. der Entwicklung und Ausübung

persönlicher Interessen und Hobbys bis zur persönlichen Begleitung zu Veranstaltungen und zur Durchführung gezielter Übungen.

Von den tagesgestaltenden Aktivitäten gibt es fließende Übergänge zur Kontaktfindung.

Individuelle Unterstützungsleistungen bei der Kontaktfindung benötigen jene Menschen, deren Fähigkeiten bei der Aufnahme und Gestaltung sozialer Beziehungen und somit auch bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt sind und die diese Defizite mit den üblichen ambulanten Hilfen nicht kompensieren können. Es handelt sich dabei primär um Personen mit ausgeprägtem Rückzugsverhalten und Vereinsamung bzw. um Personen mit einem hohen sozialen Konfliktpotenzial. Diese sozialen Beeinträchtigungen korrelieren in der Regel mit Arbeits- bzw. Beschäftigungslosigkeit und fehlenden bzw. kleinen und labilen sozialen Netzen.

Die Unterstützungsleistungen zielen daher auf eine Verbesserung der Aufnahme und Gestaltung persönlicher sozialer Beziehungen ab, und zwar sowohl im Wohnbereich (z.B. Familie, Mitbewohner, Nachbarn) als auch in den Außenbereichen (z.B. Angehörige, Freunde, Bekannte, Vorgesetzte, Kollegen, sonstige Mitbürger). Die Unterstützungsmaßnahmen reichen – je nach Bedarf – von Beratungsleistungen über strukturiertes Coaching bis hin zur gemeinsamen Gestaltung von Sozialbeziehungen.

Im Bereich der individuellen Tagesgestaltung und Kontaktfindung gilt es zunächst, im Zuge einer individuellen Bedarfserhebung die Art und das Ausmaß der notwendigen Unterstützungsleistungen prospektiv zu definieren und in einen individuellen Unterstützungsplan, der auch die zu erbringenden Leistungen in den Bereichen Selbstversorgung und Wohnen sowie Arbeit und Ausbildung enthält, zu integrieren. In einem solchen Komplexleistungsprogramm werden anschließend die individuell erforderlichen Unterstützungsleistungen zu Maßnahmenbündeln zusammengefasst und die Zuständigkeiten für die Leistungserbringung festgelegt. Die praktischen Umsetzungen dieser Maßnahmebündel sollten einer regelmäßigen Revision unterzogen werden, um der Gefahr der Unangemessenheit der Hilfen entgegenzuwirken. Der Umstand, dass sich bei psychisch behinderten Personen der Unterstützungsbedarf fluktuiert, macht eine derartige Überprüfung und Anpassung umso notwendiger.

Aus den im NÖP95 publizierten und in der vorliegenden Evaluierung aktualisierten Leitlinien für die psychiatrische Versorgung lässt sich ableiten, dass die Unterstützungsleistungen im Bereich der individuellen Tagesgestaltung und Kontaktfindung vorrangig im Lebensfeld erbracht werden sollen bzw. die Klienten diese von ihrem Lebensfeld aus erreichen können. Durch die Einbettung der Leistungen in das allgemeine Versorgungssystem soll darüber hinaus eine weitgehende Normalisierung der individuellen Tagesgestaltung und Kontaktfindung erreicht werden.

Mobilen Diensten, die - neben Funktionen im Bereich der Selbstversorgung und des Wohnens bzw. der Arbeit und Ausbildung - tagesgestaltende und kontaktfindende Unterstützungsleistungen im Lebensfeld bzw. von diesem ausgehend anbieten, ist daher grundsätzlich der Vorrang vor institutionell organisierten Hilfen zu geben. Die gesellschaftliche Integration der Klienten muss in dem Sinne gefördert werden, dass Möglichkeiten der Begegnung zwischen Menschen mit und ohne psychische Beeinträchtigungen in normalen Lebensfeldern gefördert und genutzt werden. Tagesgestaltungs- und Kontaktfindungsangebote für Personen mit psychischen Behinderungen, die auf institutionelle Kontexte beschränkt sind, können dieses normalisierendes Erfordernis alleine nicht erfüllen.

### **Unterstützung durch spezielle Einrichtungen zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung**

Wie schon erwähnt, sind zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung die außerhalb des individuellen Wohn- und Lebensfeldes stattfindenden Aktivitäten von Bedeutung. Viele psychisch behinderten Personen sind aufgrund ihrer beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten und ihrer gesellschaftlichen Diskriminierung kaum in das soziokulturelle Leben integriert und leiden unter ihrer Isolation und deren demoralisierenden Folgen. Besonders für diese Personen, die üblicherweise auch keine regelmäßige bezahlte Arbeit haben und bei denen – falls vorhanden - die individuellen Unterstützungsmaßnahmen in den Bereichen Selbstversorgung und Wohnen bzw. Tagesgestaltung und Kontaktfindung nicht ausreichen, um eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Tagesstruktur vorzufinden, werden institutionelle Beschäftigungs- und Begegnungsmöglichkeiten außerhalb der Wohnbereiche benötigt.

Um den unterschiedlichen und den schwankenden Fähigkeiten, Beeinträchtigungen, Bedürfnissen und Zielen der Klienten Rechnung zu tragen, wird die Schaffung niederschwelliger *multifunktionaler Tages- und Integrationszentren* empfohlen. Diese sollen zunächst eine offene Kontakt- und Begegnungsstätte für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung sein. Durch entsprechende Anreize (z.B. Cafeteria, Produktverkauf, Veranstaltungen) soll der Kontakt zwischen den Klienten und den psychisch nicht beeinträchtigten Mitbürgern ermöglicht werden, wie dies z.B. im NÖ Sozialhilfe-Raumordnungsprogramm als Merkmal der Clubs beschrieben ist. In den Tages- und Integrationszentren soll weiters eine breite Palette an tagesgestaltenden und rehabilitativen Aktivitäten angeboten werden. Damit sind einerseits die gegenwärtig in den Tagesheimstätten und Clubs angebotenen Einzel- und Gruppenleistungen gemeint (z.B. übende Tätigkeiten, Kreativprogramme, Freizeitaktivitäten, Beratungen) und andererseits Möglichkeiten der Arbeit unter geschützten und flexiblen Bedingungen<sup>229</sup>.

Die multifunktionalen Tages- und Integrationszentren sollen – wie die Bezeichnung bereits impliziert – aber nicht nur Aktivitäten und Begegnungen in einem geschützten Rahmen anbieten, sondern die Integration der psychisch beeinträchtigten Klienten in die Gesellschaft fördern. Das heißt, dass eine größtmögliche Vernetzung mit Angebots- und Kommunikationsstrukturen in normalen Lebensfeldern (z.B. über Vereine, Verbände, Bildungsinstitute) anzustreben ist. Die Niederschwelligkeit bedeutet in diesem Zusammenhang zweierlei, nämlich einerseits die Absage an grundsätzliche alters-, diagnosen- und finanzierungsabhängige Ausschlusskriterien für den Besuch eines Tages- und Integrationszentrums und andererseits die Möglichkeit der zeitlich flexiblen Inanspruchnahme. Letztere setzt voraus, dass diese Tages- und Integrationszentren über „kundenfreundliche“ Öffnungszeiten verfügen.

Prinzipiell sollte in jedem Bezirk ein derartiges Tageszentrum eingerichtet werden, wobei die räumliche Struktur, die Aufnahmekapazität und die Organisationsform im Sinne der Aufteilung in dezentrale Subeinheiten vom lokalen Bedarf und infrastrukturellen

---

<sup>229</sup> Eine genauere Beschreibung der hier empfohlenen Möglichkeit der Zuverdienstarbeit findet sich im Kapitel „Arbeit und Ausbildung“.

Erreichbarkeiten abhängig gemacht werden sollten. Auf jeden Fall sollten die Tages- und Integrationszentren den Klienten von Montag bis Sonntag jeweils ganztägig zugänglich sein, wobei die Art und Intensität der Angebote und damit der Betreuung variabel gestaltet werden kann. In den Kernzeiten von Montag bis Freitag sollte jeweils acht Stunden hindurch ein vom Fachpersonal strukturiertes Tagesprogramm mit vielfältigen Schwerpunkten angeboten werden. Außerhalb der Kernzeiten, d.h. in erster Linie abends und an den Wochenenden könnten nach gewissen Vorbereitungen durch das Personal die Räumlichkeiten auch Betroffenen für Aktivitäten ohne professionelle Unterstützung zur Verfügung gestellt werden. Damit könnten informellere Selbsthilfemaßnahmen gefördert werden.

Wie bei der individuellen ist auch im Bereich der institutionellen Tagesgestaltung und Kontaktfindung auf die Anpassung der Unterstützungsleistungen an den individuellen Bedarf und die Integration in ein individuelles Komplexleistungsprogramm zu achten. Das bedeutet, dass sich für jeden Klienten ein Maßnahmenpaket an notwendigen und sinnvollen Unterstützungsleistungen ergibt, das die zeitlichen Bedarfsschwankungen berücksichtigt.

Davon abgeleitet ergeben sich auch das zeitliche Ausmaß der Anwesenheit und die individuellen Programmpunkte. Diese Flexibilisierung bewirkt, dass sich die Klientel eines Tages- und Integrationszentrums nicht nur aus Personen mit unterschiedlicher Besuchsfrequenz zusammensetzt, sondern auch aus Personen mit differenzierter Angebotsnutzung. So könnten bestimmte Besucher dort schon mehr die Arbeitstrukturen für sich nutzen und andere wiederum eher die tagesstrukturierenden bzw. begegnungsfördernden Möglichkeiten. Diese vorgeschlagenen multifunktionalen Tages- und Integrationszentren können als Weiterentwicklung der bestehenden Tagesheimstätten und Clubs angesehen werden, da sie die inhaltlichen Grundlagen dieser beiden Einrichtungstypen integrieren. Indem die Niederschwelligkeit der Clubs mit der breiten Angebotspalette der Tagesheimstätten kombiniert und durch Arbeitsmöglichkeiten ergänzt wird, ergibt sich eine Multifunktionalität, die weitaus flexiblere und bedarfsgerechtere Unterstützungsstrukturen zulässt, als dies gegenwärtig der Fall ist. Eine schrittweise Umstrukturierung der Tagesheimstätten und Clubs hin zu multifunktionalen Tages- und Integrationszentren würde einen Wandel vom institutionsorientierten Modell der Reha-Kette (siehe frühere Ausführungen zur *Weiterentwicklung des komplementären Bereichs*) hin zu einem

personenzentrierten Versorgungskonzept bedeuten. Diese Entwicklung entspräche nicht zuletzt den internationalen Versorgungstrends.

### **Tagesgestaltung und Kontaktfindung in institutionellen Wohnformen**

Im Sinne der Normalisierung und der Integration sollten Klienten von betreuten Wohneinrichtungen die Möglichkeit einer tagesstrukturierenden Beschäftigung außerhalb des Wohnbereiches vorfinden. Aus den selben Gründen sollten sich die sozialen Kontakte nicht auf Begegnungen innerhalb der Wohneinrichtung beschränken.

Modelle, bei denen die Unterstützungsleistungen zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung ausschließlich in der Wohneinrichtung angeboten werden, sollten daher ausschließlich Personen mit stark eingeschränkter Mobilität vorbehalten sein. Um auch diesen Klienten ein Minimum an Normalisierung und Außenorientierung zu ermöglichen, sollten tagesgestaltende und kontaktfördernde Maßnahmen auch von außen in die Einrichtung gebracht werden. Dies könnte beispielsweise in Form von Vorträgen, Kursen oder Unterhaltungsprogrammen erfolgen bzw. auch durch die oben beschriebenen Unterstützungsleistungen bei der individuellen Tagesgestaltung und Kontaktfindung, die durch mobile Dienste im Lebensfeld der Einrichtung erbracht werden.

### **Altersspezifische Aspekte**

Tagesgestaltende und kontaktfördernde Maßnahmen sind insbesondere auch für Menschen mit gerontopsychiatrischen Störungen, also in erster Linie verwirrte alte Menschen wichtig. Wenn bei diesen Personen der Bezug zu „normaler“ Aktivität verloren gegangen ist und sie nicht mehr in der Lage sind, den Tag entsprechend ihren Bedürfnissen zu gestalten, treten oft Unruhe und Angst bzw. Teilnahmslosigkeit und Apathie auf.

Es hat sich gezeigt, dass bei demenzerkrankten alten Menschen eine klare und überschaubare individuelle Tagesstruktur, die wichtige Reize bietet ohne die Betroffenen zu überfordern, einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität und der Befindlichkeit leisten

kann. Bei der Unterstützung im Bereich der Tagesgestaltung und Kontaktfindung müssen sich die Strukturen und Prozesse – wie bei allen anderen Zielgruppen auch - an die individuellen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen anpassen. Im Hinblick auf typische gerontopsychiatrische Symptome wird eine Kontinuität in den täglichen Angeboten empfohlen, da eine wechselnde Tagesstruktur eher zur Desorientierung beiträgt. Die Umgebung sollte orientierungsfördernd gestaltet sein und ein Reizniveau haben, das aktiviert ohne zu überfordern. Es ist auch darauf zu achten, dass Ruhe- und Rückzugsmöglichkeiten vorhanden sind. Die tagesstrukturierenden Beschäftigungsangebote sollten auf die früheren und gegenwärtigen Fähigkeiten, Ressourcen und Interessen der Klienten abgestimmt sein. Qualitätskriterien für eine Tagesgestaltung bei Menschen mit gerontopsychiatrischen Störungen sind die Vermittlung von Erfolgserlebnissen, die Förderung von Aufmerksamkeit und Konzentration, die Verbesserung der sozialen Integration und Kommunikation und die subjektive Befriedigung durch die Tagesgestaltung.

Inhaltlich eignen sich körperliche, handwerkliche, kreative und hauswirtschaftliche Aktivitäten, Spiele und Unterhaltungsprogramme, die Pflege von Tieren sowie die Beschäftigung mit Persönlichem besonders gut zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung bei alten und verwirrten Menschen.

In Bezug auf die Unterstützung bei der individuellen Tagesgestaltung und Kontaktfindung gelten bei auch alten Menschen grundsätzlich die im Kapitel „spezielle Empfehlungen“ angeführten Überlegungen und Modelle. Aufgrund spezifischer Charakteristika, wie z.B. eingeschränkter Mobilität und erhöhter körperlicher Pflegebedürftigkeit werden allerdings bestimmte Unterstützungsformen akzentuiert werden müssen. Der Schwerpunkt liegt einerseits bei der Erbringung von tagesgestaltenden und kontaktfördernden Unterstützungsleistungen im Wohnbereich - mit Überschneidungen zum Bereich der Selbstversorgung - und andererseits bei der Begleitung und dem Transport von Klienten zu Außenaktivitäten. Mit Zunahme des körperlichen Pflegebedarfes und der Immobilität steigt der Bedarf an mobiler Unterstützung im unmittelbaren Wohnbereich. Für die Erbringung dieser Leistungen könnten die bereits bestehenden Sozialdienste, insbesondere die Heimhilfen, bei entsprechender Qualifizierung herangezogen werden, wobei eine enge Kooperation dieser Dienste mit den PSDs angestrebt werden sollte.

Für alte Menschen, die in betreuten Wohneinrichtungen leben, sollten Angebote der Unterstützung bei der individuellen Tagesgestaltung und Kontaktfindung gemacht werden, die im Idealfall auch von externen professionellen (z.B. mobile Unterstützungsdienste) und nicht-professionellen (z.B. ehrenamtliche Besuchsdienste) Bezugspersonen in diesen Einrichtungen bzw. auch in Form von begleiteten Außenaktivitäten erbracht werden. Auf diese Weise kann den Bewohnern ein Mindestmaß an Normalisierung und Außenorientierung erhalten werden. Organisierte Aktivitäten und Veranstaltungen in den Wohneinrichtungen (z.B. Vorträge, Kurse, Unterhaltungsprogramme) stellen weitere empfehlenswerte Maßnahmen im Bereich der Tagesgestaltung und Kontaktfindung dar.

Institutionelle Unterstützungsangebote zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung für alte und verwirrte Menschen, die trotz ihrer Beeinträchtigungen außengerichtete Aktivitäten durchführen können und wollen, sollte ebenfalls in den vorgeschlagenen multifunktionalen Tages- und Integrationszentren erfolgen. Dabei müssen zunächst die Unterstützungsangebote an der eingangs beschriebenen speziellen Bedürfnislage von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen ausgerichtet sein. In weiterer Folge ist bei den räumlich-strukturellen und bei den personellen Strukturen darauf zu achten, dass auch einfache körperliche Pflegemaßnahmen in den Tages- und Integrationszentren durchgeführt werden können und dass die Klienten Möglichkeiten zum Ausruhen vorfinden.

Für die Organisation der Tagesgestaltung und Kontaktfindung bei gerontopsychiatrisch erkrankten Personen in den Tages- und Integrationszentren ergeben sich konkret zwei Möglichkeiten: Die gemeinsame Versorgung mit psychisch beeinträchtigten Menschen jüngeren Alters an einem Standort und/oder die Schaffung von eigenen dezentralen Einheiten. Eine dritte Variante wäre die integrative Betreuung von Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen in den im NÖ Sozialhilfegesetz angeführten geriatrischen Tageszentren und Tagesstätten für Senioren, wie sie bereits im Aufbau begriffen sind und modellhaft von ZENTAS evaluiert wurden<sup>230</sup>. In jedem Fall spielt die leichte Erreichbarkeit und die Verfügbarkeit von geeigneten Transportmitteln und Begleitpersonen besonders bei alten Menschen eine zentrale Rolle.

---

<sup>230</sup> Altersalmanach 2000, Teil II, S.201 ff

## **Geschlechtsspezifische Aspekte**

Analog zum Bereich Selbstversorgung und Wohnen sind auch bei der Tagesgestaltung und Kontaktfindung die individuellen Wünsche, Ressourcen und Probleme die Planungsgrundlage für die Unterstützungsleistungen im Einzelfall. Ein integrierter Bestandteil der individuellen Unterstützungsplanung und -umsetzung sind daher auch die persönlichen geschlechtsspezifischen Erfahrungen und Konstellationen, die die Biografie und den aktuellen Lebenskontext betreffen.

In den multifunktionalen Tages- und Integrationszentren sind geschlechtsspezifische Aspekte sowohl in den Angebots- als auch in den Einrichtungsstrukturen zu berücksichtigen.

Bei den Angebotsstrukturen ist zunächst darauf zu achten, dass die Möglichkeit der Teilnahme an geschlechtsspezifischen Programmen geboten wird. Damit soll Frauen wie Männern unter anderem ein Zugang zu tabuisierten Themen und alternativem Rollenverhalten ermöglicht werden. Hinsichtlich der Arbeits- und Beschäftigungsangebote in den Tages- und Integrationszentren soll eine möglichst breite Palette an Möglichkeiten angeboten werden, die an den vorhandenen individuellen Ressourcen anknüpfen und gleichzeitig Neuorientierungen und Entwicklungspotenziale fördern. Dabei muss auch berücksichtigt werden, dass es individuell unterschiedliche Anreize für den Besuch eines Tages- und Integrationszentrums gibt, die unter anderem mit der Geschlechtszugehörigkeit korrelieren. So nutzen beispielsweise Frauen derartige Einrichtungen kaum, wenn dies nicht einem bestimmten Zweck, z.B. der Teilnahme an einem Programm, dient. Männer suchen Tageszentren demgegenüber stärker auf, „nur“ um in Gesellschaft zu sein. Bei der Gestaltung der Unterstützungsangebote ist daher auch laufend darauf zu achten, dass eine Bedarfsgerechtigkeit für Personen beiderlei Geschlechts gegeben ist.

Bei der Zusammensetzung des Betreuungspersonals der Tages- und Integrationszentren sollte eine Ausgewogenheit von männlichen und weiblichen Mitarbeitern angestrebt werden und den Klienten die prinzipielle Wahlfreiheit eingeräumt werden, von welchen Personen sie welche Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen wollen.

Grundsätzlich sollte es in Fällen, wo dies notwendig und sinnvoll erscheint, Klienten mit Kleinkindern vorübergehend auch möglich sein, diese in die Tages- und Integrationszentren mitzunehmen. Strukturelle Anforderungen sind unter anderem adäquate räumliche Verhältnisse in dem Sinne, dass getrennte sanitäre Anlagen und gegebenenfalls Umkleideräume für Männer und Frauen sowie Räumlichkeiten, in denen sich Personen zurückziehen können, vorhanden sein müssen.

## **Rechtliche Anpassungsempfehlungen**

*In den NÖ Richtlinien zu den Einrichtungen für psychische behinderte Menschen ist der regelmäßige Besuch einer Tagesheimstätte oder einem Club bzw. die Teilnahme an einem tagesstrukturierenden Programm für die Aufnahme und den Verbleib in einer betreuten Wohnform zwingend, falls der Klient nicht ohnehin schon einer Arbeit nachgeht oder sich auf Arbeitserprobung befindet. Damit wird der Möglichkeit einer großteils selbstständigen Tagesgestaltung durch den Betroffenen, die entweder schon gegeben wäre bzw. in jedem Fall anzustreben wäre, nicht entsprochen. Alternativ dazu könnte die Gewährung einer betreuten Wohnform von der laufenden Einschätzung des persönlichen Hilfebedarfs und der Evaluation der Unterstützungsmaßnahmen durch Case-Manager abhängig gemacht werden. Diese Vorgangsweise entspräche eher dem zumeist fluktuierenden Unterstützungs- und Reglementierungsbedarf der betroffenen Personen und entspräche auch mehr dem Anrecht auf selbstgewählte und sicherheitsbietende Wohnverhältnisse.*

Für Revisionen von diesbezüglichen Richtlinien erweist sich auch die empirisch nachgewiesene Erkenntnis hilfreich, dass viele der psychisch kranken Personen bei Befragungen<sup>231</sup> das Bedürfnis nach einer Erwerbstätigkeit in den Vordergrund stellen und gleichzeitig die vorhandenen Arbeitstrainings- und Tagesstrukturierungsmaßnahmen *entwürdigend empfinden*. Die strukturierten Programme der rehabilitativen Tagesgestaltung sollten deshalb einerseits den Charakter realer Arbeitsverhältnisse mit finanziellem Anreiz für die Rehabilitanden anstreben, andererseits aber auch von der derzeit vorgeschriebenen generellen Anwesenheitspflicht von 32 Wochenstunden abgehen, die Personen mit geringerem Konzentrations- und Leistungsniveau zeitweise oder gar dauerhaft an der Teilnahme ausschließt.

In den betreuten Wohneinrichtungen sollte die integrierte Tagesbetreuung, die dem Programm von Tagesheimstätten entspricht, nicht die Regel sein. Vielmehr sollten die entsprechenden

---

<sup>231</sup> Fragebogen-Aktion der HSSG Landesverband NÖ, August 2002

Angebote außerhalb der Wohneinrichtungen durch finanzielle Anreize gefördert werden. Das setzt voraus, dass sich die festgesetzten Finanzierungssätze für das Betreiben von betreuten Wohneinrichtungen aller Arten für die Träger in einem kostendeckenden Rahmen bewegen, sodass zusätzliche Lukrierungstendenzen durch die im eigentlichen Wohnfeld der Betroffenen etablierte Tagesbetreuung unterbunden werden.

### B.3.1.3.2.3 Bereich Arbeit und Ausbildung

#### Hauptpunkte

#### Versorgungsgrundlagen

- Die **Zielgruppe** für Unterstützungsleistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung bilden Personen mit psychischen Behinderungen, die eine Arbeit oder Ausbildung anstreben bzw. den Erhalt eines Arbeits- oder Ausbildungsplatzes sichern wollen und die nicht von sich aus in der Lage sind bzw. mit dem allgemein verfügbaren Angebot an beratenden und vermittelnden Hilfen nicht auskommen, eine Arbeits- oder Ausbildungsstelle zu finden bzw. zu halten.
- Die **Leistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung** erstrecken sich auf die Unterstützung bei der Suche und Aufnahme einer Arbeit oder Ausbildung sowie bei der Erfüllung der Anforderungen am Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz.
- Die spezielle Anforderung an Arbeits- und Ausbildungsverhältnisse für Personen mit psychischen Behinderungen ist die der Möglichkeit der **Berücksichtigung diskontinuierlicher und/oder verminderter Leistungsvermögen** in Form einer Flexibilisierung der Arbeitszeiten und -anforderungen sowie der Unterstützungsleistungen.
- Die Unterstützungsleistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung sollen auf eine **dauerhafte Sicherung der Teilhabe** von Menschen mit psychischen Behinderungen **am Arbeitsleben** abzielen.
- Für die im Rahmen der unterstützten Arbeitsverhältnisse geleistete Arbeit sollte ein dem individuellen **Leistungsbeitrag angemessenes Einkommen** gewährt werden.
- Die gegenwärtig dominierende Angebotsorientierung, nach der für die vorhandenen Dienste und Einrichtungen die jeweils passenden Klienten gesucht werden, soll durch **personenzentrierte Modelle**, die vom individuellen Bedarf an Unterstützungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausgehen, abgelöst werden.

- Neben konzeptuellen Innovationen bedarf es im Bereich Arbeit und Ausbildung der Entwicklung und Umsetzung von flexiblen und leistungsmotivierenden **Finanzierungsmodellen**, die zum Teil allerdings auch **gesetzliche Adaptionen** notwendig machen würden.

## Versorgungsformen

- Um Menschen mit psychischen Behinderungen die Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen, müssen in jeder Region **ambulante und mobile Dienste** sowie eine Palette von rehabilitativen, integrativen und geschützten **Arbeits- und Ausbildungsplätzen** mit inhaltlichen und strukturellen Differenzierungen geschaffen werden.
- Für Personen mit deutlich herabgesetztem und/oder stark schwankendem Leistungsvermögen wird die Möglichkeit der **Zuverdienstarbeit** im Rahmen der multifunktionalen Tages- und Integrationszentren empfohlen. Speziell für diese Form der Beschäftigung bedarf es allerdings der Entwicklung innovativer Finanzierungs- und Versicherungsmodelle, die den Betreibern und den Nutzern dieser Einrichtungen die entsprechenden Sicherheiten und Anreize bieten.
- Im Sinne der Prävention und der Normalisierung soll die mobile Erbringung von Unterstützungsleistungen im betrieblichen Kontext (**„First Place, Then Train“**) Vorrang vor Leistungen in beruflichen Rehabilitationseinrichtungen (**„First Train, Then Place“**) haben.
- Die Unterstützungsleistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung lassen sich in die **Funktionsbereiche** „Assessment“, „Koordination und Abstimmung“, „Vorbereitung“, „Qualifizierung“ sowie „Unterstützung und Integration“ gliedern.
- Der Zugang zu **Unterstützungsleistungen** im Bereich Arbeit und Ausbildung sollte im Sinne der Prävention möglichst **frühzeitig im Krankheitsverlauf** erfolgen, um desintegrativen Entwicklungen vorzubeugen.
- Die Unterstützungsleistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung müssen **wohnortnahe** erbracht werden. Die Teilhabe am Arbeitsleben darf nicht von einem erzwungenen Ortswechsel abhängig gemacht werden.

## **Versorgungsumsetzung**

- **Die jeweilige Festlegung des Bedarfs** sollte durch ein kontinuierliches, regional gesteuertes Monitoring auf der Basis von einheitlich dokumentierten individuellen Hilfeplänen durch die Anbieter psychiatrischer Versorgungsleistungen erfolgen.

## Generelle Empfehlungen zur Weiterentwicklung

Der Bereich der Arbeit und Ausbildung umfasst für die eingangs definierte Zielgruppe die gesamte Palette der Möglichkeiten von Arbeiten, arbeitsähnlichen Tätigkeiten und Ausbildungen, bei denen zielorientiert die Produktion und Leistungserbringung bzw. die Vorbereitung darauf im Vordergrund stehen. Die den Arbeits-/Ausbildungsprozess betreffenden Unterstützungs- und Begleitmaßnahmen fokussieren primär die Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben und haben somit eine indirekte Auswirkung auf die Persönlichkeitsentwicklung.

Die bestehenden Arbeits-/Ausbildungsformen lassen sich folgendermaßen klassifizieren:

- a. Berufliche Tätigkeiten am ersten bzw. allgemeinen Arbeitsmarkt
- b. Berufliche Tätigkeiten am zweiten bzw. besonderen Arbeitsmarkt
- c. Aus- und Weiterbildung am ersten und zweiten Bildungsweg
- d. Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen, inklusive spezifischer Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen

Eine gesellschaftlich anerkannte und subjektiv befriedigende Arbeit dient nicht nur der finanziellen Absicherung des Lebensunterhaltes und damit der Unabhängigkeit von öffentlichen Geldern, sondern trägt unter anderem auch zur sozialen Integration und Anerkennung, zur Tagesstrukturierung, zur Selbstbestätigung bzw. Identitätsbildung und zur Normalisierung bei. Der Ausschluss vom Arbeitsleben und die damit einhergehende erzwungene Untätigkeit führen zu psychischen Belastungen und letztlich zu zusätzlichen Beeinträchtigungen und vermehrtem Unterstützungsbedarf.

Die dauerhafte Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben ist ein vorrangiges allgemeines gesellschaftspolitisches Ziel, das speziell durch die aktuellen „Megatrends“ der „Globalisierung“, „Digitalisierung“ und „Individualisierung“ neue Herausforderungen mit sich bringt und tief greifende Bewältigungsstrategien notwendig macht. Diese Entwicklungen bringen eine fortschreitende Dynamisierung im allgemeinen Arbeitsmarkt mit sich, die in einer Konzentration der Arbeitslosigkeit auf bestimmte benachteiligte Personengruppen ihren Niederschlag findet. Neben der Bekämpfung der Erwachsenenlangzeit- und der

Jugendarbeitslosigkeit werden deshalb vom Europäischen Sozialfonds (ESF)<sup>232</sup> - als Planungsgrundlage für die Umsetzung von Nationalen Aktionsplänen für Beschäftigung (NAP) - Maßnahmen für sozial benachteiligte Personengruppen und Behinderte nach dem Behinderteneinstellungsgesetz<sup>233</sup> als vorrangige Zielsetzungen hervor gestrichen. Für eine optimale Umsetzung dieser Aktionspläne soll der Territoriale Beschäftigungspakt (TEP)<sup>234</sup> dienen, der in Niederösterreich im September 1999 zwischen den Vertragspartnern Land Niederösterreich, Arbeitsmarktservice (AMS) und Bundessozialamt (BSB) abgeschlossen wurde und der sich auf den Zeitraum 2000 - 2004 bezieht. Generelle Zielsetzungen sind dabei die Schaffung neuer und zusätzlicher Arbeitsplätze und die Sicherung der bestehenden Arbeitsplätze durch entsprechende Unterstützungsmaßnahmen der Betriebe sowie Qualifizierungsmaßnahmen für Beschäftigte und Arbeitslose. Als Zielgruppe werden Frauen, Ältere, Jugendliche, Langzeitarbeitslose und Menschen mit besonderen Bedürfnissen (Behinderungen) genannt. Für so genannte „arbeitsmarktferne Personengruppen“ sollen ergänzend mit Hilfe der Gemeinschaftsinitiative EQUAL<sup>235</sup> neue Wege zur Bekämpfung von Diskriminierung und Ungleichheiten im Zusammenhang mit dem Arbeitsmarkt gefunden und erprobt werden.

In beiden Maßnahmenprogrammen sind somit Personen mit psychischen Behinderungen als Zielgruppe mit eingeschlossen und können nun auch von den - durch den Einsatz von Mitteln aus dem ESF - erweiterten Möglichkeiten der Bundessozialämter (BSB) profitieren. Rund 35.000 registrierte arbeitslose behinderte Menschen stellten in der ersten Jahreshälfte 2000 rund 16% aller Arbeitslosen in Österreich dar<sup>236</sup>. Allerdings sind bei weitem nicht alle tatsächlich arbeitslosen behinderten Menschen registriert, womit die Dunkelziffer der Betroffenen noch darüber liegt. Daten zur Arbeitsmarktsituation behinderter Menschen aus dem Jahr 1998<sup>237</sup> zeigten, dass den weitaus größten Teil Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen ausmachten (81%) und Personen mit psychischen Beeinträchtigungen nur in vergleichsweise geringem Ausmaß (15%) vertreten waren. Bei der Begründung dieser -

---

<sup>232</sup> Europäischer Sozialfonds: Ziel-3 Österreich 2000 - 2006. Einheitliches Programmplanungsdokument. Wien, Juli 2000

<sup>233</sup> Damit sind konkret „begünstigte Behinderte“, „Behinderte“ sowie „von konkreter Behinderung Bedrohte“ nach dem Bundesgesetz vom 11. Dezember 1969 über die Einstellung und Beschäftigung Behinderter (Behinderteneinstellungsgesetz - BEinstG) gemeint.

<sup>234</sup> NÖ Beschäftigungspakt. [www.pakte.at](http://www.pakte.at)

<sup>235</sup> EQUAL ÖSTERREICH 2000 - 2006. Wien, April 2001 – [www.equal-esf.at](http://www.equal-esf.at)

<sup>236</sup> EQUAL ÖSTERREICH 2000 - 2006. Wien, April 2001 – [www.equal-esf.at](http://www.equal-esf.at)

<sup>237</sup> Europäischer Sozialfonds: Ziel-3 Österreich 2000 - 2006. Einheitliches Programmplanungsdokument. Wien, Juli 2000

vermutlich nach wie vor gegebenen - Schiefverteilung spielt der Umstand eine entscheidende Rolle, dass letztere traditionellerweise großteils aus dem Arbeitsmarkt ausgeschlossen wurden. Deshalb stellt es hier eine wichtige Forderung dar, die Zielgruppe der Personen mit psychischen Beeinträchtigungen verstärkt in den laufenden Maßnahmenprogrammen zu berücksichtigen bzw. zu integrieren.

Der Erfolg integrativer Maßnahmen hängt dabei entscheidend davon ab, ob die betreffende Person eine Arbeitssituation vorfinden kann, die ihren Bedürfnissen und ihren Fähigkeiten entspricht, sie weder über- noch unterfordert und sie nicht vermehrt zusätzlichen Belastungen aussetzt (durch Mobbing, Konflikte, unklare Aufträge, etc.).

Für die geleistete Arbeit sollte dabei ein dem individuellen Leistungsbeitrag angemessenes Einkommen erzielt werden. Hier müssten noch entsprechende Finanzierungsmodelle entwickelt werden, die durch ein individuelles Einkommen und subsidiäre finanzielle Ausgleichs durch die öffentliche Hand die Existenzsicherung gewährleisten sollen. Der seit 1996 im ASVG festgeschriebene Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“ weist hier die Richtung.

In diesem Sinn könnten auch Subventionsmöglichkeiten für innovative Arbeitsmodelle angestrebt werden, mit deren Hilfe sich die Inanspruchnahme von berufsrehabilitativen Leistungen der gesetzlichen Sozialhilfe hintanstellen ließe („Subvention vor Sozialhilfe“). Diesem Grundsatz entspricht die Praxis der „geschützten Arbeit“, d.h. der Förderung von Arbeitsplätzen für begünstigte Behinderte, also Personen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50% nach dem Behinderteneinstellungsgesetz. Die Förderungen zielen darauf ab, die Folgen bereits bestehender Behinderungen zu mildern.

Zusätzlich wären – gemeinsam mit den Pensionsversicherungsanstalten – flexiblere Mischfinanzierungs-Modelle zu entwerfen, die aus dem derzeit zu starren *Entweder-Arbeit-oder-Pension-Prinzip* herausführen. Hier wären Arbeitsprojekte mit der Möglichkeit der individuellen Anhebung der Zuverdienstgrenze bei anteiliger Herabsetzung der Pensionshöhe anzudenken. Diese plastische Anpassung durch eine Ausbalancierung zwischen Erwerbstätigkeit und Sozialhilfeleistung könnte vermutlich größere Anreize für berufliche Rehabilitationsmaßnahmen schaffen. Die Absicherung für den Fall der neuerlichen bzw. zeitweiligen Arbeitsunfähigkeit durch die subsidiär greifende Berufsunfähigkeitspension in

vollem ursprünglich zuerkannten Ausmaß könnte ebenso eine zusätzlich motivierende Kraft im individuellen Fall darstellen.

Finanzierungsmodelle, die eine stufenweise Wiederaufnahme des Arbeitsprozesses nach längerer krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit vorsehen, sollten ebenfalls entwickelt und erprobt werden. Ein Beispiel dafür wäre das so genannte *Hamburger Modell*, das eine über mehrere Wochen und Monate gestufte Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz nach einer schweren Erkrankung in dem Sinne gewährt, dass der rekonvaleszente Arbeitnehmer seiner bisherigen Tätigkeit nachgeht, und zwar beginnend mit wenigen Wochenstunden und kontinuierlich ansteigend bis zur vollen Arbeitszeit. Während der Dauer der Maßnahme bleibt der Arbeitnehmer krankgeschrieben und erhält anteilig Krankengeld und Lohn, je nach Arbeitszeit.

Die im April 2002 gegründete Implacementstiftung „Netzwerk Arbeitsplatz Niederösterreich“ wurde zur Unterstützung der zielgenauen Qualifikation von Arbeitslosen bei Betriebsansiedlungen und Unternehmensgründungen als arbeitsmarktpolitische Maßnahme im Rahmen des NÖ Beschäftigungspakts (TEP) eingerichtet und umgesetzt. Obwohl sie bisher auf die Vermittlung von jungen Akademikern und älteren Arbeitnehmer beschränkt ist, könnte das dabei zugrunde liegende Modell in einer adaptierten Form durchaus auch für die hier behandelte Zielgruppe von Bedeutung sein. Das Grundprinzip dieser Maßnahme besteht darin, an Betriebe mit einem Bedarf an bestimmten Fachkräften gezielt die arbeitslos gemeldeten Personen mit entsprechenden Vorqualifikationen zu vermitteln und in Form von externen Schulungsmaßnahmen die zusätzlich erforderlichen Qualifikationen bei diesen Personen zu ergänzen. Diese Ausbildungskosten werden vom Land NÖ, dem Arbeitsmarktservice, der Arbeiterkammer NÖ und der Wirtschaftskammer NÖ getragen. Nach Ablauf der - maximal 130 Wochen betragenden - Verweildauer in der Implacement-Stiftung sollen die Fachkräfte von den Unternehmen in ein Dienstverhältnis übernommen werden.

Die Effektivität integrativer Maßnahmen im Bereich Arbeit und Ausbildung hängt aber nicht nur vom Vorhandensein finanzieller Anreizsysteme für Arbeitnehmer und Arbeitgeber ab, sie erfordert auch das Angebot direkter Unterstützungsleistungen, wie sie im folgenden beschrieben werden und gegenwärtig zum Teil durch die Arbeitsassistenz erbracht werden.

Für Personen mit psychischen Behinderungen kommt bezüglich der Arbeits- und Ausbildungsverhältnisse grundsätzlich die ganze Palette der produzierenden oder dienstleistenden Tätigkeiten in Betracht. Die spezielle Anforderung an die Arbeits- und Ausbildungsverhältnisse ist vielmehr die der Möglichkeit der Berücksichtigung diskontinuierlicher oder verminderter Leistungsvermögen.

Die Unterstützungsleistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung erstrecken sich auf die

- Unterstützung bei der Suche und Vorbereitung der Aufnahme einer Arbeit oder Ausbildung einschließlich Belastungserprobung und Arbeitstraining und die
- Unterstützung bei der Erfüllung der Anforderungen im Bereich Arbeit und Ausbildung.

Zur konkreten Zielgruppe für die genannten Unterstützungen zählen jene Personen mit psychischen Behinderungen,

- die eine Arbeit, arbeitsähnliche Beschäftigung oder eine Aus-/Weiterbildung anstreben bzw. den Erhalt einer bestehenden Arbeits- oder Ausbildungsplatzes sichern wollen und
- die nicht von sich aus in der Lage sind, den Anforderungen einer Arbeit am ersten bzw. allgemeinen Arbeitsmarkt zu entsprechen und
- die mit dem allgemein verfügbaren Angebot an beratenden und vermittelnden Hilfen im Bereich Arbeit und Ausbildung nicht auskommen, um eine Arbeits- bzw. Ausbildungsstelle zu finden bzw. halten zu können.

Für diese Personen müssen einerseits spezielle ambulante und mobile Dienste zur Verfügung gestellt werden, die sie bei der individuellen Partizipation am Arbeits- und Ausbildungsmarkt unterstützen und andererseits eine Palette an wohnortnahen, rehabilitativen und geschützten Arbeits- und Ausbildungsplätzen mit differenzierten inhaltlichen und strukturellen Schwerpunkten geschaffen werden. Für Menschen mit deutlich herabgesetztem und/oder stark schwankendem Leistungsvermögen wird die Möglichkeit der Zuverdienstarbeit im Rahmen der im vorherigen Kapitel beschriebenen multifunktionalen Tages- und Integrationszentren empfohlen.

Ausgehend von den hier zugrundegelegten Leitlinien für die psychiatrische Versorgung verhält es sich auch im Bereich Arbeit und Ausbildung so, dass die Art, das Ausmaß und die Dauer der individuellen Unterstützungsleistungen an den jeweiligen Bedarf des Klienten angepasst werden müssen. Das heißt, die individuellen Fähigkeiten, Neigungen, Interessen und Defizite sollen die Planungsgrundlage und Ausgangsposition für Unterstützungsmaßnahmen im Bereich Arbeit und Ausbildung sein. Die gegenwärtig vorherrschende Angebotsorientierung, nach der für die vorhandenen Dienste und Einrichtungen die jeweils passenden Klienten gesucht werden, sollte somit durch eine personenzentrierte Organisation der Unterstützung abgelöst werden.

Im Sinne der Prävention sollte der Zugang zu Unterstützungsleistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung frühzeitig im Krankheitsverlauf erfolgen, d.h. es sollte keine lange Wartezeit zwischen dem Auftreten der ersten Zeichen von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen bzw. der Inanspruchnahme von psychiatrischer Behandlung und dem Einsetzen arbeitsintegrativer bzw. arbeitserhaltender Maßnahmen verstreichen. Die Auseinandersetzung mit der Arbeits- und Beschäftigungssituation der Klienten ist als integrierter Bestandteil individueller Unterstützungspläne von Beginn an zu berücksichtigen, um so desintegrativen Entwicklungen (Verlust eines vorhandenen Arbeits-/Ausbildungsplatzes, Abbau von Kompetenzen, Demoralisierung, etc.) vorzubeugen.

Eine der Besonderheiten schwerer und chronisch psychischer Erkrankungen ist bekanntlich der fluktuierende Verlauf mit wechselnder Stabilität und Belastbarkeit. Diesen individuellen Leistungs- und Belastbarkeitsschwankungen sollte nach Möglichkeit durch eine Flexibilisierung der Arbeitszeiten und -anforderungen sowie der Unterstützungsleistungen entsprochen werden. Die laufende Anpassung an die diskontinuierlichen Erfordernisse des Einzelfalles soll dazu beitragen, strukturbedingte Abbrüche des Arbeits-/Ausbildungsverhältnisses zu vermeiden und die Chancen auf dauerhafte berufliche Integration zu maximieren.

Im Sinne der Normalisierung sollten die im Einzelfall erforderlichen beruflichen Unterstützungsleistungen so weit als möglich in normalen betrieblichen Kontexten erfolgen. Auf diese Weise können, je nach Verfügbarkeit, Ressourcen im betrieblichen Umfeld - wie beispielsweise die Unterstützung und Anleitung durch Kollegen und Vorgesetzte - genutzt

werden, was den Bedarf an professioneller Hilfe reduzieren kann. Die Unterstützungsleistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung müssen wohnortnahe, d.h. im Tagespendelbereich vom Lebensfeld aus erreichbar, erbracht werden. Die Teilhabe am Arbeitsleben darf nicht von einem erzwungenen Ortswechsel abhängig gemacht werden, da dieser zusätzliche Belastungen infolge von Beziehungsabbrüchen, sozialer Entwurzelung und Diskontinuität in der Unterstützungserbringung mit sich bringt.

Der Ausbau von beruflichen Rehabilitationseinrichtungen für psychisch behinderte Menschen, die eher *künstlichen Trainingswelten* entsprechen und sich weit entfernt von den Wohnorten eines Großteils ihrer Klienten befinden, wird aufgrund des geringen Integrationspotenzials nicht empfohlen.

Im Bereich Arbeit und Ausbildung finden sich deutliche Überschneidungen zum Bereich Tagesgestaltung und Kontaktfindung, zumal eine Berufs- bzw. Ausbildungstätigkeit immer auch eine tagesstrukturierende Funktion hat und eine Erweiterung der sozialen Kontakte und Rollen mit sich bringt. Insbesondere bei der Unterstützung von Personen mit komplexen psychischen Beeinträchtigungen sollte daher auch prinzipiell nicht zwischen den Angeboten der Tagesgestaltung und der Arbeit getrennt werden. Diese, aus der traditionellen Reha-Kette entstandene Auftrennung bringt die Gefahr mit sich, dass Arbeits- und Ausbildungsangebote (nicht zuletzt aufgrund der unrealistischen Vorgabe von Eingliederungsquoten in den ersten Arbeitsmarkt) nur mehr eine immer kleiner werdende Gruppe der Leistungsfähigen ausselektiert und den weniger Leistungsfähigen die Ersatzangebote der Tagesgestaltung und Kontaktfindung übrig bleiben. Die gängige Praxis, vielen Betroffenen tagesstrukturierende Beschäftigungsmaßnahmen als Substitut für fehlende Arbeitsmöglichkeiten anzubieten, hat zahlreiche negative Konsequenzen. Auf der individuellen Ebene kann das längerfristige Ausbleiben von Erfolgs- und Nützlichkeitserlebnissen ohne erkennbare Fortschritte und konkrete Zukunftsperspektiven sogar den Verlust von Kompetenzen und somit die Chronifizierung von psychischen Beeinträchtigungen fördern. Dazu kommen soziale Belastungen, die sich aus mangelnden Bezügen zur Normalität und Stigmatisierung ergeben, sowie materielle Einbußen aufgrund fehlenden Einkommens bzw. fehlendem Zugang zur Sozialversicherung.

Im gesamten Versorgungsbereich Arbeit und Ausbildung gibt es derzeit laut internationalen Expertisen den größten Ausbau- und Innovationsbedarf. Ein großer Anteil von Personen mit

langanhaltenden psychischen Beeinträchtigungen ist ohne sinnvolle Lohnarbeit und somit auf öffentliche finanzielle Unterstützungen zur Existenzsicherung angewiesen. In Deutschland war im Jahr 2001 die Hälfte aller chronisch psychisch erkrankten Menschen ohne jegliches Arbeits- und Beschäftigungsangebot, nur 10% waren auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt. Laut Österreichischem Psychiatriebericht 2001<sup>238</sup> wurde im Jahr 1999 rund 4 700 Personen - der Großteil davon war jünger als 40 Jahre alt - aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung eine *Pension aufgrund von Invalidität*<sup>239</sup> zuerkannt. Die Tendenz der Pensionierungen aufgrund von Invalidität wegen psychischer Krankheit war zwischen 1985 und 1999 stark steigend, in diesem Zeitraum wurde ein Anstieg um das Zweieinhalbfache verzeichnet.

In Anbetracht der aktuellen und für die Zukunft zu erwartenden wirtschaftlichen und gesellschaftspolitischen Entwicklungen und ihrer Auswirkungen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt muss vor allzu optimistischen Erwartungen hinsichtlich der Integration behinderter Menschen in die Arbeitswelt gewarnt werden. Insbesondere auf der individuellen Ebene können Enttäuschungen aufgrund unrealistischer Erwartungen und Vorgaben der Entwicklung von zusätzlichen Beeinträchtigungen Vorschub leisten.

Dennoch könnten in der Optimierung bestehender arbeitsrehabitativer Angebote und der Entwicklung kreativer, die globalen, nationalen und regionalen gesellschaftlichen Bedingungen berücksichtigender Modelle, Projekte, Konzepte und Initiativen Wege gefunden werden, die der Ausgliederung von Menschen mit psychischen Behinderungen aus dem Arbeitsleben präventiv entgegenwirken bzw. die eine berufliche Wiedereingliederung ermöglichen.

---

<sup>238</sup> Heinz Katschnig, Edwin Ladinsler, Michael Scherer, Gernot Sonneck, Johannes Wancata: Österreichischer Psychiatriebericht 2001. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien, März 2001

<sup>239</sup> Invaliditätspension, Berufsunfähigkeitspension oder vorzeitige Alterspension aufgrund von Invalidität

## Aktuelle Versorgungslage

Im Bereich der Arbeit und Ausbildung hat bisher nur ein geringer Ausbau an Einrichtungen und Diensten für Menschen mit psychischer Behinderung stattgefunden. Neben geschützten Arbeitsplätzen für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen<sup>240</sup> und dem ambulanten und mobilen Dienst der Arbeitsassistenten werden arbeitsrehabilitative Unterstützungsleistungen in Form von Arbeitstrainings- und Transitarbeitsplätzen angeboten.

Diese Plätze verteilen sich auf nur drei Psychiatrieregionen, sodass dem Prinzip der Regionalisierung und Wohnortnähe im Bereich der Arbeit und Ausbildung keinesfalls entsprochen wird. Die vorliegenden Daten legen den Schluss nahe, dass in NÖ mehr die Beschäftigungsmaßnahmen in Tagesheimstätten als Substitut für fehlende Arbeitsmöglichkeiten gefördert wurden. Im Vergleich zu den Arbeitstrainings- und Transitarbeitsplätzen existieren nämlich in NÖ mehr als drei Mal so viele Plätze in Tagesheimstätten.

Im Bereich der Arbeit und Ausbildung existieren in NÖ noch keine Modelle für Personen mit psychischen Behinderungen, in denen die Unterstützungsmaßnahmen systematisch auf die Erfordernisse des Einzelfalles abgestimmt werden. Vielmehr bestimmen die Angebotstrukturen der bestehenden Einrichtungen, welche Klienten passend sind und somit die angebotene Unterstützung erhalten. Enge Selektionskriterien und die räumliche Konzentration der Einrichtungen bewirken zusätzlich, dass bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen das Recht auf Arbeit auf einen kleinen Personenkreis beschränkt ist. Von den im Rahmen der vorliegenden Evaluation untersuchten Einrichtungen bot einzig das Projekt „Beschäftigungs- und Berufsorientierung BBO-VIA“ der Caritas St. Pölten seinen Teilnehmern geschützte Arbeitsmöglichkeiten ohne zeitliche Befristung und mit flexibler Arbeitszeit und Arbeitsleistung an.

Hinsichtlich der Finanzierung der vorhandenen arbeitsrehabilitativen Dienste und Einrichtungen herrscht eine große Komplexität sowohl bei den Kostenträgern als auch bei den Finanzierungsgrundlagen und -modellen vor.

---

<sup>240</sup> Die Anzahl der Arbeitnehmer, die aufgrund einer psychischen Behinderung an einem geschützten Arbeitsplatz beruflich tätig sind, wurde für die vorliegende Evaluation nicht erhoben.

Im Rahmen des NÖ Beschäftigungspakts (TEP) wurde für das Jahr 2003 unter anderem ein Schwerpunkt in der Unterstützung der Menschen mit besonderen Bedürfnissen gesetzt. In diesem Zusammenhang werden – organisiert durch die NÖ Paktkoordinationsstelle – Qualifizierungsprojekte und Beschäftigungsprojekte umgesetzt. Zwei dieser Projekte wurden in der folgenden Auflistung der Angebote berücksichtigt, weil sie Personen mit psychischen Behinderungen anzielen, es sind dies: BBO – TOI der Caritas St. Pölten und das Beschäftigungsprojekt des Vereins der Freunde des Hauses der Künstler in Maria Gugging. Ein weiteres gemeinnütziges Beschäftigungsprojekt des Vereins 0>Handicap hat zwar nicht hauptsächlich Personen mit psychischen Beeinträchtigungen als Zielgruppe, übernimmt aber auch regelmäßig geeignete Interessenten aus diesem Personenkreis<sup>241</sup>. Neben einer entsprechenden Auswahl und Vorbereitung erhalten die ProjektteilnehmerInnen eine qualifizierte Betreuung direkt an ihrem Beschäftigungsort. Auch im PSZ Schiltern wird nach Abschluss des Arbeitstrainings eine vermittlungsorientierte Integrationsbegleitung im Rahmen des TEP angeboten, die von den vorhin erwähnten Arbeitsassistenten-Angeboten unterschieden wird. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Gruppe der Personen mit psychischen Behinderungen im mittlerweile umfangreichen Angebot des TEP von insgesamt 8 Qualifizierungsmaßnahmen (260 Personen) und 22 Beschäftigungsprojekten (150 Arbeitsplätze) noch die Minderheit darstellt. Den Hauptanteil an den Projektplätzen teilen sich Personen mit Körper-, Sinnes- und intellektuellen Behinderungen. In diesem Zusammenhang wäre es empfehlenswert, die dafür ausschlaggebenden Gründe im Detail zu analysieren und durch daran anknüpfende Maßnahmen einerseits die laufenden Projekte stärker für Personen mit psychischen Behinderungen zu öffnen bzw. andererseits entsprechend abgestimmte Projekte zu implementieren.

---

<sup>241</sup> Da es sich nicht um ein spezialisiertes Beschäftigungsprojekt für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen handelt, wurde es in den Darstellungen der aktuellen Versorgungslage nicht mitberücksichtigt.

## **Erhebungsmethode**

Grundlage der folgenden Darstellung sind Angaben der Leistungsträger von Arbeitsassistenzen und arbeitsrehabilitativen Projekten, die im Rahmen der Evaluierung des NÖ Psychiatrieplanes von Dezember 2001 bis Jänner 2002 telefonisch und mittels E-Mail erhoben wurden.

## **Ergebnisse**

Unterstützungsleistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung werden derzeit in ambulanter (Arbeitsassistentz, Reha-Assistentz, vermittlungsorientierte Integrationsbegleitung) und in teilstationärer (Arbeitstraining, Transitarbeitsplätze) Form angeboten.

Aufgrund der Heterogenität dieser ambulanten und teilstationären Versorgungsstrukturen kann für die vorliegende Darstellung der Gesamtkapazität kein Summenwert gebildet und messziffernorientiert analysiert werden. Bei den Arbeitsassistentzplätzen wurde in der hier angewandten Erhebungsmethodik weiters nicht unterschieden, inwieweit es sich um Unterstützungsmaßnahmen für Personen in geschützten Arbeitsverhältnissen handelt oder um Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen für arbeitslose bzw. in anderen Arbeitsverhältnissen beruflich tätige Personen.

Tabelle 17 zeigt eine Übersicht über die Angebote im Bereich des Arbeitstrainings (inklusive Transitarbeitsplätze) und der Arbeitsassistentz, nach Psychiatrieregionen gegliedert.

**Tab.17: Verfügbare Plätze an Arbeitstrainingsprojekten und Arbeitsassistenzen im Zeitraum April – Mai 2002**

Region Einwohnerzahl		Arbeitstrainingsprojekte				Arbeitsassistentz			
		Anzahl	nur für psychisch Kranke	Plätze	Plätze/1000 EW	Anzahl	Plätze	Klienten/Jahr <sup>242</sup>	Plätze und Klienten/1000 EW
Weinviertel	Weinviertel 287.483	-	-	-	-	2	52	75	0,18 0,26
	Thermenregion 317.090	1	nein	12	0,04	3	36	53	0,11 0,17
Industrieviertel	Bucklige Welt 195.305	-	-	-	-	2	26	42	0,13 0,22
NÖ Mitte	NÖ Mitte Nord 192.669	4	2 ja, 2 nein	48	0,25	2	39	55	0,20 0,29
	NÖ Mitte Süd 169.514	3	ja	30	0,18	2	27	43	0,16 0,25
Mostviertel	Mostviertel 237.461	-	-	-	-	3	24	36	0,10 0,15
Waldviertel	Waldviertel 146.282	-	-	-	-	4	28	40	0,19 0,27
<b>NÖ gesamt 1.545.804</b>		<b>8</b>	<b>5 ja, 3 nein</b>	<b>90</b>	<b>0,06</b>	<b>18</b>	<b>232</b>	<b>344</b>	<b>0,15 0,22</b>

<sup>242</sup> Für die Region Weinviertel und die Bezirke Tulln sowie Wien Umgebung (Purkersdorf und Klosterneuburg) konnte nur die Gesamtzahl der Klienten (n=109) erhoben werden. Die in der Tabelle angegebene Anzahl der Klienten in den Psychiatrieregionen Weinviertel und NÖ Mitte Nord basiert auf einer aus den Platzzahlen abgeleiteten Einschätzung der Verteilung dieser 109 Klienten und kann somit geringfügig von den tatsächlichen Verhältnissen abweichen.

## Arbeitstraining<sup>243</sup>

Bei den hier dargestellten Einrichtungen handelt es sich – mit einer Ausnahme, dem Projekt „Beschäftigungs- und Berufsorientierung BBO-VIA“ der Caritas St. Pölten – um zeitlich befristete, vom Land NÖ, Arbeitsmarktservice AMS, Bundessozialamt BSB und/oder der Pensionsversicherungsanstalt subventionierte berufliche Trainingsmaßnahmen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Während der Teilnahme am Arbeitstraining erhalten die Klienten AMS-Bezüge bzw. ein monatliches Gehalt. Sie sind während dieser Zeit auch sozialversicherungspflichtig.

In den meisten dieser Projekte ist das Arbeitstraining in mehrere Phasen gegliedert und beinhaltet neben dem eigentlichen Arbeitstraining in der Einrichtung Assessment-, Berufsorientierungs-, Bewerbungstrainings- und Funktionstrainingsmaßnahmen, Beratungsgespräche sowie Praktika in Betrieben der freien Wirtschaft.

Die im Rahmen der Arbeitstrainingsmaßnahmen angebotenen Berufsfelder umfassen die Bereiche Gastronomie/Hotellerie, Bügelservice, Kopier- und Versandservice, Holz- und Textilbearbeitung, Landwirtschaft, Reparaturwerkstätte, Verkauf, Reinigung und Handwerk.

In 8 Projekten von 5 Trägern werden insgesamt 90 Plätze für Arbeitstrainingsmaßnahmen zur Verfügung gestellt (0,06/1000EW). Einige Plätze davon werden allerdings auch von Personen ohne psychische Beeinträchtigung eingenommen. Ein Projekt mit 15 Plätzen (BBO-VIA, Caritas St. Pölten) entspricht dem Prinzip einer Zuverdienstfirma. Zwei Träger von Arbeitstrainingsmaßnahmen stellen für die Dauer der Maßnahme insgesamt 31 weitgehend unbetreute Wohnplätze für die Trainees zur Verfügung<sup>244</sup>.

---

<sup>243</sup> Eine vollständige Auflistung findet sich im Anhang.

<sup>244</sup> Die 31 Wohnplätze sind in der vorliegenden Darstellung nicht Bestandteil der 710 verfügbaren betreuten Wohnplätze im Bereich „Selbstversorgung und Wohnen“ (Pkt.2.1.)

Arbeitstrainingsmaßnahmen werden derzeit nur in drei Regionen (Thermenregion, NÖ Mitte Nord und NÖ Mitte Süd) bzw. in 5 Bezirken (Wien Umgebung, Baden, St. Pölten Stadt, St. Pölten Land, Krems Land) angeboten.

## Arbeitsassistentz<sup>245</sup>

Arbeitsassistentz für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bietet im Wesentlichen Beratung und Unterstützung bei der Berufsorientierung, der Arbeitsplatzsuche und dem Berufseinstieg sowie bei Konflikten am (geschützten) Arbeitsplatz und drohendem Verlust desselben an. Neben den Klienten werden im Bedarfsfall auch deren Angehörige, Arbeitgeber, Interessensvertreter (Betriebsräte, Behindertenvertrauenspersonen) und Betreuer (Psychotherapeuten, Ärzte, AMS-Berater) beraten und unterstützt bzw. untereinander vernetzt.

Die Arbeitsassistentz wird vom Bundessozialamt BSB, dem Arbeitsmarktservice AMS, dem Europäischen Sozialfonds ESF, dem Land NÖ (Sozialhilfe) und dem NÖGUS subventioniert. Die Beratungs- und Unterstützungsleistungen werden für die Klienten unentgeltlich angeboten.

Arbeitsassistentz wird an 18 Standorten in NÖ durch 3 Träger in allen Regionen angeboten. Die Hälfte der Arbeitsassistentz-Büros befindet sich an derselben Adresse wie der PSD.

Die einzelnen Stellen versorgen die Bewohner aus einem bis vier Bezirken und verfügen über insgesamt 232 Plätze (0,15/1000EW). Im Jahr 2001 wurden durch die Arbeitsassistentz rund 350 Personen betreut (0,23/1000EW).

Die Reha-Assistentz ist ein vergleichbares Angebot für arbeitslose Menschen mit einer körperlichen, psychischen und/oder geistigen Behinderung. Die individuelle Begleitung erfolgt vor und während einer beruflichen Ausbildung, Weiterbildung oder Teilqualifizierungsmaßnahme. Die Funktion der Reha-Assistentz ist die einer „Drehscheibe zu Arbeitsmarktservice und Kursen“, weshalb neben der individuellen Unterstützung auch die Vermittlung zwischen Klienten, AMS-Beratern und Kursleitern zu den Aufgaben zählt. Die Reha-Assistentz wird für das westliche und das östliche Niederösterreich an jeweils einem Standort (St. Pölten und Wien) angeboten und jährlich von rund 180 Klienten in Anspruch

---

<sup>245</sup> Eine vollständige Auflistung findet sich im Anhang.

genommen, der Anteil der Klienten mit einer psychischen Beeinträchtigung beläuft sich auf ein Viertel bis ein Drittel (insgesamt ca. 50 Personen/Jahr) .

„Vermittlungsorientierte Integrationsbegleitung“ nennt sich eine Maßnahme, in deren Rahmen die Teilnehmer des Arbeitstrainings des ATZ Schiltern bis zu 3 Monate nach der Beendigung des Trainings bei der individuellen Berufsorientierung und Arbeitsplatzsuche unterstützt werden. In diesem Zusammenhang werden auch Betriebe beraten und gecoacht.

Besonders hervorgehoben soll hier abschließend ein zukunftsweisendes Betroffenen-Projekt des Vereins *Hilfe zur Selbsthilfe für seelische Gesundheit (HSSG)* werden. Geplant ist darin eine „Personalbörse“ in der einerseits die Betroffenen ihre Arbeitsleistung anbieten und andererseits sozial eingestellte Firmen, Gemeinden bzw. sonstige Institutionen Arbeitsplätze zur Verfügung stellen. Dieses Projektvorhaben resultiert nicht zuletzt aus einer von der HSSG selbst durchgeführten Umfrage, deren Ergebnis eine hohe Motivation unter den befragten 25-45-jährigen Betroffenen hinsichtlich eines (Wieder-)Einstiegs in die Erwerbstätigkeit bestätigen. Dabei wurden Selbstwertsteigerung, persönliche Entwicklungschancen und nicht zuletzt die Verbesserung der eigenen finanziellen Situation als Beweggründe genannt. Andererseits wurden die Angebote der bestehenden Arbeitstrainingsmaßnahmen kritisiert, weil sie die seitens der Betroffenen angestrebten Arbeitszweige nicht abdecken, sondern als entwürdigend erlebte Tätigkeiten anbieten (Altkleider sortieren, einfachste Büroarbeiten, Gartenarbeit usw.).

## **Stärken-Schwächen-Analyse**

Abgesehen von den geschützten Arbeitsplätzen für psychisch behinderte Personen in NÖ, deren Anzahl und regionale Verteilung im Rahmen der vorliegenden Evaluation nicht erhoben wurde, ist das Angebot an Arbeitstrainings- und Ausbildungsplätzen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in NÖ äußerst klein und in vier der sieben NÖ Psychiatrieregionen überhaupt nicht vorhanden. Diese regionalen Unterschiede in der Verfügbarkeit spezifischer Unterstützungsangebote bewirkt, dass die Rahmenbedingungen für den Erhalt eines Arbeits- bzw. Ausbildungsplatzes stark vom Wohnort des Betroffenen

abhängig sind und somit keine Chancengleichheit für Menschen aus unterschiedlichen Gegenden besteht.

Um dem entgegenzuwirken, stellen einige Arbeitstrainingseinrichtungen ihren Klienten Wohnplätze für die Dauer der Maßnahme zur Verfügung. Im ATZ Schiltern stehen alleine 26 Wohnplätze für die Teilnehmer des Arbeitstrainings zur Verfügung. Bei einer vollen Auslastung - sowohl des Arbeitstrainings als auch der Wohnplätze - würden somit rund 74% der Teilnehmer dieses nicht von ihrem Wohnort aus in Anspruch nehmen. Das bedeutet zunächst, dass ein Großteil der Klienten sein Lebensfeld für einen langen Zeitraum wegen des Arbeitstrainings verlassen muss und damit das Risiko eingeht, dass die sozialen Beziehungen im Lebensfeld weniger werden und eine gewisse „Entwurzelung“ stattfindet. Weiters stellt sich die Frage, inwieweit reintegrative Maßnahmen von diesen Zentren aus in weiter entfernten Gegenden erfolgreich verlaufen können, zumal die Kenntnis regionaler Gegebenheiten und die Vernetzung mit den Betrieben und Diensten einer Region ein wesentlicher Qualitätsfaktor sind.

Die vorhandenen Plätze befinden sich fast ausschließlich in Einrichtungen mit zeitlich befristeten Arbeitstrainingsangeboten, die eine fixe Angebotsstruktur haben und einem bestimmten Ablaufschema mit sukzessiven Anforderungssteigerungen folgen. Das definierte Ziel ist die Reintegration in den Arbeitsmarkt am Ende der Arbeitstrainingsmaßnahme. Die Einrichtungen entsprechen dem *first train, then place-Prinzip* und sind gewissermaßen *künstliche Trainingswelten*. Der erfolgreiche Transfer der Trainingsfortschritte in das Lebensfeld ist aus verschiedenen Gründen anzuzweifeln: Zum einen bewirken sie eine Desintegration aus dem bestehenden Lebensfeld und damit auch dem lokalen Geschehen am Arbeitsmarkt. Zum anderen scheint es in den meisten Fällen nicht realisierbar zu sein, dass im Anschluss an die Trainingsmaßnahme auch eine berufliche Tätigkeit in dem trainierten Berufsbereich im Lebensfeld verfügbar ist.

Erfahrungsgemäß sind Einrichtungen dieses Typs gekennzeichnet durch hohe Zugangsschwellen: Es gibt z.B. definierte Altersgrenzen, eine Langzeitarbeitslosigkeit muss gegeben sein, eine gewisse psychische Belastbarkeit und Stabilität sind ebenso erforderlich wie eine günstige Prognose bezüglich der Erwerbsfähigkeit. Diese Selektionskriterien haben vor allem mit den bestehenden Quotenregelungen hinsichtlich der Integration in den ersten Arbeitsmarkt zu tun. Darüber hinaus müssen die Betroffenen bis zum Einstieg in das

Trainingsprogramm mitunter lange Wartezeiten, die von der Dauer der Antragsgenehmigung und dem Freiwerden eines Platzes bzw. dem Beginn eines Turnusses abhängen, in Kauf nehmen.

Die Möglichkeit der Teilzeit-Transitarbeit ist nur in wenigen Fällen gegeben, was für Personen mit geringerer Leistungsfähigkeit und/oder anderwertigen, z.B. familiären Verpflichtungen ein großer Nachteil ist.

Gemessen an der geringen Anzahl der rehabilitativen Arbeitsplätze scheinen die vertretenen Berufsbereiche zwar ein breites Spektrum abzudecken, ein deutlicher Mangel besteht jedoch noch bei intellektuell anspruchsvolleren Tätigkeiten.

Die bestehenden arbeitsrehabilitativen Einrichtungen basieren auf einem Modell, das eine kontinuierliche Verbesserung der Kompetenzen bis zur Zielerreichung, der (Wieder-) Erlangung der Arbeitsfähigkeit, voraussetzt. Erfahrungsgemäß verhält es sich in der Realität aber so, dass die Symptome psychischer Erkrankungen keinen regelmäßigen Verlauf haben und somit die individuelle Belastbarkeit und Arbeitsfähigkeit zeitlichen Schwankungen unterliegen. Bei vielen Betroffenen ist daher mit dem Auftreten akuter Krankheitssymptome bzw. mit "Rückschritten" im Verlauf des Arbeitstrainings zu rechnen. Hier stellt sich die Frage, wie sehr ein individuelles Abweichen vom vorgesehenen Programmablauf toleriert werden kann bzw. welche Kriterien zu einem Ausschluss aus der Arbeitstrainingsmaßnahme führen.

Auch unter Berücksichtigung der allgemeinen Schwierigkeiten, arbeitsmarktpolitische Initiativen so zu gestalten, dass die dauerhafte Teilhabe möglichst vieler Personen am Arbeitsleben dadurch erreicht wird<sup>246</sup>, scheinen speziell für die Zielgruppe der Personen mit komplexem und mitunter stark schwankendem psychosozialen Unterstützungsbedarf die Schwellen für den Zugang und für den erfolgreichen Verbleib in den bestehenden Arbeitsrehabilitationsprogrammen unangemessen hoch angesetzt zu sein. Eine schwierige Situation ergibt sich auch für die Personen, die ein Arbeitstraining vorzeitig abgebrochen haben bzw. deren Zulassung zu einem Arbeitstraining von vorneherein abgelehnt worden ist. Der Anteil dieser Personen in NÖ wurde im Rahmen der Evaluierung des NÖ Psychiatrieplanes nicht erhoben. Internationalen Studien zufolge werden mehr als 70% der für

ein Arbeitstrainingsprogramm angemeldeten Personen von Beginn an bzw. nach erfolgter Schnupper- und Abklärungsphase nicht aufgenommen, weitere 14% brechen das Arbeitstraining vorzeitig ab<sup>247</sup>. Diesen Klienten bietet sich in NÖ – nach dem gegenwärtigen Stand der Dinge – nur das Ersatzprogramm einer Tagesheimstätte an. Sie haben somit kaum mehr eine Chance auf eine berufliche Reintegration. Die demoralisierende Wirkung derart verhinderter und zumeist ungerecht erlebter Partizipationsmöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben und die negativen Konsequenzen für die individuelle Gesundheitsentwicklung sind soziologisch eindeutig nachgewiesen.

Bei der Arbeitsassistenz werden die Synergie aus ambulanter und mobiler Tätigkeit, die vernetzende und vermittelnde Arbeitsweise sowie die Niederschwelligkeit und einrichtungsübergreifende Kontinuität positiv bewertet. Als ein weiterer Bonus für die Betroffenen und die Organisation der Versorgung wird die Kooperation mit den Psychosozialen Diensten gewertet.

In den laufenden Projekten für Menschen mit besonderen Bedürfnissen im Rahmen des NÖ Beschäftigungspaktes - TEP 2003 findet sich ebenfalls nur ein geringer Anteil an Personen mit psychischen Behinderungen wieder. Das liegt einerseits an integrationsbehindernden gesellschaftlichen Vorurteilen und andererseits auch an bestimmten Merkmalen im Erscheinungsbild und im Verlauf von psychischen Behinderungen. So haben Personen mit psychischen Behinderungen – im Gegensatz zu Personen mit körperlichen, intellektuellen und Sinnes-Behinderungen – oft einen fluktuierenden Krankheitsverlauf, der sich in einer Diskontinuität des individuellen Leistungsvermögens und Unterstützungsbedarfs niederschlägt. Ebenso ist die individuelle Einschränkung durch eine psychische Behinderung nach außen hin oft nicht so sichtbar wie bei den anderen erwähnten Behinderungen. Beide Umstände spielen bei der Begutachtung bzw. bei der Feststellung des Behinderungsgrades eine bedeutende Rolle und verhindern – gemeinsam mit einer stigmabedingten Tendenz zum Verbergen krankheitsbedingter Behinderungen seitens der Betroffenen selbst – damit die entsprechende Berücksichtigung bei derartigen Förderungsmaßnahmen. Zusätzlich könnten in der Praxis angenommene oder bereits erfahrene Schwierigkeiten bei der Umsetzung von

---

<sup>246</sup> Siehe dazu auch NÖ Beschäftigungspakt (TEP)

<sup>247</sup> Hoffmann, H.; Kupper, Z.: PASS - Ein integratives Programm zur beruflichen Wiedereingliederung chronisch psychisch Kranker, in: Dittmar, V.; Klein, H.E.; Schön, D. (Hg.): Die Behandlung schizophrener Menschen - Integrative Therapie modelle und ihre Wirksamkeit. S. Roderer Verlag, Regensburg, 1977, S. 65 - 88

Gemeinschaftsprojekten für unterschiedliche Zielgruppen von Personen mit Behinderungen die Teilnahme von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen erschweren.

## **Umsetzungsempfehlungen für Arbeit und Ausbildung**

### **Feststellung des Bedarfs**

Auch hier gilt sinngemäß die schon in den Bereichen „Selbstversorgung und Wohnen“ und „Tagesgestaltung und Kontaktfindung“ vertretene Ansicht, dass sich der quantitative Bedarf an Plätzen in einer allgemeingültigen und statischen Form nicht adäquat festlegen lässt, sondern vielmehr von den konkreten, individuellen Hilfeplanungen unter Anwendung geeigneter Instrumente und kooperativer Organisationsformen systematisch und kontinuierlich abgeleitet werden sollte.

Eine zusätzliche Relativierung in der Aussagekraft eines quantitativen Ist-Soll-Vergleichs ergibt sich in diesem Versorgungsbereich durch die strukturelle Unterschiedlichkeit der beiden vertretenen Angebotstypen. Handelt es sich bei den Arbeitstrainingsplätzen um teilstationäre Maßnahmen mit eindeutiger örtlicher Platzkennziffer, so umfasst die Arbeitsassistenten eine Summe von unterschiedlichen Maßnahmen, die ambulant und mobil geleistet werden. Detaillierte Angaben darüber, wie viele Personen welche Arbeitsassistenten-Maßnahmen in welchem Zeitausmaß in Anspruch genommen haben, konnten im Rahmen dieser Evaluation nicht erhoben werden. Ein diesbezüglicher Summenwert der „Plätze“ sollte deshalb nicht als Kennziffer für die Gesamtkapazität herangezogen werden.

Führt man dennoch einen derartigen Vergleich an, so erfüllen die 90<sup>248</sup> Arbeitstrainingsplätze nur knapp 20% der ÖBIG-Minimalforderung; bei Hinzuzählen der 232 Arbeitsassistentenplätze würde sich dieser hypothetische Deckungsgrad auf rund 69% erhöhen. Nicht berücksichtigt sind dabei die Qualifizierungs- und Beschäftigungsmaßnahmen für Menschen mit besonderen Bedürfnissen im Rahmen des TEP 2003 und die geschützten Arbeitsplätze in NÖ. Bei beiden

---

<sup>248</sup> nicht ausschließlich für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen

Formen von Maßnahmen sind Formen der individuellen Integrationsbegleitung bzw. Arbeitsassistenz integrierter Bestandteil bzw. bei Bedarf abrufbar.

## Grundprinzipien

Der Erfolg integrativer Maßnahmen im Bereich Arbeit und Ausbildung ist bekanntlich nicht nur von den Qualitäten der angebotenen Unterstützungsleistungen abhängig, sondern er korrespondiert in hohem Ausmaß mit den wirtschaftlichen und gesellschaftspolitischen Entwicklungen bzw. mit den Strukturen des allgemeinen und des regionalen Arbeitsmarktes. Die im folgenden formulierten Empfehlungen stellen also gewissermaßen idealtypische Zielsetzungen dar, deren Umsetzungsmöglichkeiten sich - in Abhängigkeit von der jeweiligen Infrastruktur - mehr oder weniger begrenzt darstellen und in vielen Bereichen nicht nur den Anteil der Bevölkerung, der an einer psychischen Beeinträchtigung leidet, betreffen. Die Hauptintention ist dabei, dass Personen mit psychischen Beeinträchtigungen von der Teilhabe am Arbeitsleben nicht ausgeschlossen werden sollten und dass speziell für diese Bevölkerungsgruppe ein Nachholbedarf an entsprechenden integrativen Bemühungen besteht.

Die im Bereich Arbeit und Ausbildung erforderlichen Unterstützungsleistungen sollten so ausgerichtet sein, dass den Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in allen Psychiatrieregionen das Recht auf eine wohnortnahe Arbeit bzw. sinnvolle arbeitsähnliche Tätigkeit und/oder eine Ausbildung gewährt wird und dass diese dem individuellen Leistungsbeitrag entsprechend entlohnt wird.

Dieses Recht auf Arbeit kann nicht von einem Dienst bzw. einer Einrichtung alleine gelöst werden, es setzt das Vorhandensein einer breiten Palette von Unterstützungsfunktionen voraus, die durch entsprechende Kooperations- und Organisationsstrukturen der bestehenden Dienste und Einrichtungen auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt werden sollen. Im Sinne der Prävention und der Normalisierung soll die Erbringung von Unterstützungsleistungen im betrieblichen Kontext nach dem Prinzip *First Place, Then Train* Vorrang vor Leistungen in speziellen Rehabilitationseinrichtungen (*First Train, Then Place-Prinzip*) haben. Analog dazu sollen Ressourcen in betrieblichen Umfeldern im Sinne der

Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte gegenüber Leistungen durch professionelle Bezugspersonen bevorzugt werden.

Auf der funktionellen Ebene lassen sich die Unterstützungsleistungen in die Funktionsbereiche *Assessment, Koordination und Abstimmung, Vorbereitung, Qualifizierung* sowie *Unterstützung und Integration* aufteilen. Auf der strukturellen Dimension kann zwischen ambulanten, mobilen und einrichtungsgebundenen Unterstützungsformen im Bereich der Arbeit und Ausbildung unterschieden werden.

## **Arbeits- und ausbildungsbezogenes Assessment**

Das arbeits- und ausbildungsbezogene Assessment ist ein individueller diagnostischer Prozess, in dem die berufsbezogenen Wünsche, Ziele, Erfahrungen, Fähigkeiten und Beeinträchtigungen des Klienten erhoben werden. Es zielt darauf ab festzustellen, welche berufliche Tätigkeit bzw. Ausbildung den individuellen Kompetenzen und Neigungen aktuell entspricht und im Einzelfall mittelfristig vermutlich auch realisierbar ist.

Speziell für die Zielgruppe der Personen mit schweren und chronisch verlaufenden psychischen Beeinträchtigungen muss das arbeits- und ausbildungsbezogene Assessment ein integrierter Bestandteil der individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsplanung sein. In Abhängigkeit von den Erfordernissen des Einzelfalles können die ambulanten Assessment-Funktionen von den Psychosozialen Diensten (im Rahmen des Case-Managements) bzw. von spezialisierteren Diensten, wie beispielsweise der Arbeitsassistenz, wahrgenommen werden.

Die für die arbeitsdiagnostische Abklärung und Orientierung notwendigen umfassenden Kenntnisse können in vielen Fällen nicht allein im Rahmen von Gesprächen wahrgenommen werden, es braucht auch Möglichkeiten der praktischen Erprobung von Fähigkeiten und der Entwicklung von beruflichen Zielsetzungen. Solche praxisorientierten Handlungsfelder sollen gestufte Arbeitszeiten und –schritte sowie verlaufsbegleitende Unterstützungsmaßnahmen anbieten, um arbeitsdiagnostischen Erkenntnisse und Ergebnisse hinsichtlich der individuellen beruflichen Fähigkeiten, Potenziale und Zielsetzungen zu erlangen. Als geeigneter Rahmen für handlungsorientierte Assessment-Prozesse in Wohnortnähe bieten sich primär die Zuverdienstbereiche der multifunktionalen Tages- und Integrationszentren an, die

sowohl in den Zentren selbst als auch an dezentralen Betrieben vorhanden sein sollen und kurz- und längerfristige Arbeitsplätze sowie Praktikumsstellen anbieten sollen.

## **Koordination und Abstimmung der arbeits- und ausbildungsbezogenen Unterstützungsleistungen**

Bei Menschen mit chronischen psychischen Beeinträchtigungen ist in der Regel mit Schwankungen in der psychischen Stabilität und Belastbarkeit zu rechnen. Daher dauern auch Rehabilitationsprozesse eher länger und verlaufen selten kontinuierlich. Demzufolge werden die Unterstützungsleistungen nicht nur hintereinander, sondern oft auch wiederholt bzw. gleichzeitig benötigt. In Anbetracht der Diskontinuität und Komplexität des individuellen Unterstützungsbedarfes und der herabgesetzten Fähigkeit zur selbständigen Inanspruchnahme, Koordination und Abstimmung der Unterstützungsleistungen benötigen Personen mit chronischen psychischen Beeinträchtigungen eine kontinuierliche begleitende Hilfe bei der Koordination und Abstimmung der im Einzelfall erforderlichen Unterstützungsleistungen. Die Koordinations- und Abstimmungsfunktionen sollten zunächst von jenen Unterstützungsteams bzw. therapeutischen Bezugspersonen wahrgenommen werden, die auch für die Bereiche Selbstversorgung und Wohnen bzw. Tagesgestaltung und Kontaktfindung im Rahmen der integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung verantwortlich zeichnen.

Da aber im Bereich der Arbeit und Ausbildung sowohl umfassende Kenntnisse der sozialrechtlichen Aspekte, der Fördermaßnahmen, der Arbeitsmarktsituation, der vorhandenen Einrichtungen und Dienste als auch Erfahrungen mit betrieblichen Alltagssituationen erforderlich sind, werden Kooperationen und Synergien mit der Arbeitsassistenz notwendig sein. Im Bereich Arbeit und Ausbildung sollte den Betroffenen bei Bedarf also nicht nur ein Case-Manager, sondern auch ein Arbeitsassistent als kompetente Ansprech- bzw. Bezugsperson zur Seite gestellt werden. Zu seinen Aufgaben zählen neben der Beratung in arbeitsbezogenen Fragen die koordinierende Verlaufsbegleitung, die Ermöglichung des Zuganges zu rehabilitativen Hilfen und die Sicherung des Erhaltes und des Verbleibes in Arbeitsverhältnissen.

Die Koordinations- und Abstimmungsleistungen sowohl der Case-Management- als auch der Arbeitsassistenten-Teams müssen fortlaufend, kontinuierlich und einrichtungsübergreifend gewährt werden.

## **Vorbereitung auf den Arbeits- oder Ausbildungsprozess**

Unterstützungsleistungen, die der Vorbereitung auf eine Arbeit oder Ausbildung dienen, umfassen Hilfen für den Aufbau von Grundarbeitsfähigkeiten und arbeitsspezifischen Kompetenzen. Unter Grundarbeitsfähigkeiten werden die für jegliche Form der Arbeitstätigkeit vorausgesetzten individuellen Kompetenzen verstanden, die z.B. das Arbeitstempo, die Pünktlichkeit, die kognitiven Funktionen, die Strukturierung von Arbeitsabläufen, die Selbständigkeit, die Übernahme von Verantwortung sowie das soziale Verhalten betreffen. Die Maßnahmen sollen hinsichtlich ihres Inhaltes, ihrer Intensität und Dauer entsprechend den Erfordernissen des Einzelfalles gestaltet werden und können im Rahmen der unterschiedlichsten Arbeitsformen (allgemeiner, besonderer Arbeitsmarkt; berufliche Rehabilitationseinrichtungen) realisiert werden.

Handlungsbezogenen Trainingsmaßnahmen in realitätsnahen Arbeitsmilieus, die eine sukzessive Anforderungssteigerung hinsichtlich der Arbeitszeit, der Komplexität der Arbeitsvorgänge und der sozialen Kontakte sowie des Grades der Verantwortung ermöglichen, ohne die Klienten in ein starres Ablaufschema einzubinden, ist der Vorrang gegenüber Vorbereitungs- und Förderprogrammen mit pauschal angebotenen Maßnahmenkatalog und festgelegtem Ablaufschema zu geben. Personenzentrierte und „maßgeschneiderte“ Unterstützungsprogramme sind eher geeignet, dem fluktuierenden Bedarf von Menschen mit chronischen psychischen Beeinträchtigungen Rechnung zu tragen.

Speziell für Menschen mit komplexen psychischen Beeinträchtigungen und deutlich reduzierten Grundarbeitsfähigkeiten, werden wohnortnahe vorbereitende Unterstützungsmaßnahmen im Rahmen der Zuverdienstbereiche der multifunktionalen Tages- und Integrationszentren, in den Zentren selbst und in dezentralen Betriebseinheiten, empfohlen. Das dadurch ermöglichte Ineinandergreifen von Assessment- und Vorbereitungsfunktionen wird - in Kombination mit den mobilen Koordinations- und Abstimmungsmaßnahmen - als großer Vorteil für die Klienten angesehen, zumal die oft sehr

belastenden Barrieren der Schnittstellen und der zeitlichen Befristung von Angeboten entfallen.

Personen mit psychischen Beeinträchtigungen, deren Grundarbeitsfähigkeiten besser erhalten sind, sollten diese vermehrt an Arbeitsplätzen am allgemeinen bzw. am besonderen Arbeitsmarkt durch anleitende und therapeutische Unterstützung vor Ort erhalten. Der Vorteil gegenüber Trainingsprogrammen in spezialisierten Zentren liegt unter anderem darin, dass arbeitsspezifische Kompetenzen, die sich auf eine konkrete Berufssparte beziehen, parallel erworben werden können und dass – im Idealfall – die Vorbereitungsmaßnahmen nahtlos in ein Beschäftigungsverhältnis in ein und demselben Betrieb übergehen können.

Hier ist die Entwicklung entsprechender Anreizsysteme für Arbeitgeber, Personen mit psychischer Beeinträchtigung als Mitarbeiter aufzunehmen bzw. zu behalten, eine wesentliche Voraussetzung. Es sollte in einem Betrieb bei Bedarf grundsätzlich auch möglich sein, dass die Mitarbeiter mit psychischen Beeinträchtigungen nach Abschluss des Vorbereitungsprozesses eine Chance auf den Verbleib an einem Arbeitsplatz erhalten. Bei entsprechendem Vorhandensein solcher Modelle sollten die mobilen Unterstützungsmaßnahmen zum Ausbau der Grundarbeitsfähigkeiten von Arbeitsassistenten erbracht werden.

## **Qualifizierung für den Arbeitsprozess**

Zum Funktionsbereich der Qualifizierung zählen individuelle Aus-, Fort- und Weiterbildungs- sowie Umschulungsmaßnahmen zum Erwerb spezifischer beruflicher Kompetenzen. Qualifizierungsmaßnahmen können auf dem ersten und dem zweiten Bildungsweg erfolgen, die Palette reicht von Kursen in Bildungsinstituten über Lehren bis hin zu Hochschulstudien. Bei der Auswahl von Qualifizierungsmaßnahmen müssen die individuellen Wünsche, Kompetenzen und Potenziale mit der Situation des Arbeitsmarktes abgestimmt werden. Auch bei der Unterstützung im Bereich der Qualifizierung wird personenzentrierten Maßnahmen, die auf die individuellen Bedürfnisse und Kompetenzen unter Berücksichtigung von Belastbarkeits- und Leistungsschwankungen abgestimmt sind, der Vorzug gegenüber Qualifikationsprogrammen mit einem vorgegebenen Ablaufschema der Vorzug gegeben. Im Sinne der Normalisierung sollte auch vermehrt die Teilhabe von Personen mit psychischen

Beeinträchtigungen an allgemeinen Qualifizierungsangeboten gefördert werden, statt in spezialisierte Maßnahmen zu investieren. Ein innovativer Denkanstoß wäre die Kooperation mit lokalen Volkshochschulen nach dem Modell Herne (Deutschland). Dort wurden arbeitsvorbereitende Schulungsmaßnahmen aus dem stationären Bereich der psychiatrischen Klinik hinaus in die Volkshochschulen verlagert, wo sie als integriertes Angebot allen Bürgern der Gemeinde zur Verfügung stehen. Umgekehrt wurde auch das standardmäßige Schulungsangebot der Volkshochschule der psychiatrischen Klientel durch entsprechende programmatische und organisatorische Adaptionen zugänglicher gemacht. Dieses Beispiel zeigt sehr eindrucksvoll, dass Integrationsmaßnahmen auch einen bereichernden Effekt für das gesamte Gemeinwesen mit sich bringen können. Neben dem Erwerb von Wissen und Fertigkeiten können dadurch auch Verständnis und Akzeptanz im Zusammenleben verbessert werden bzw. Stigma und Diskriminierung reduziert werden.

Als Unterstützungsmaßnahmen bei der beruflichen Qualifizierung kommen zunächst alle Formen der Beratung hinsichtlich vorhandener und möglicher Qualifizierungsprojekte, wie sie z.B. von der Arbeitsassistenz und den Arbeitsmarktservice-Betreuern angeboten werden, in Frage. Für Menschen mit komplexen psychischen Beeinträchtigungen braucht es in der Regel noch zusätzlich darüber hinaus gehende Unterstützungsleistungen.

Neben der bereits beschriebenen Unterstützung bei der Koordination und Abstimmung der individuellen Hilfsmaßnahmen sollte die Möglichkeit der begleitenden Unterstützung während des individuellen Qualifizierungsprozesses angeboten werden.

Darüber hinaus könnten Aus- und Weiterbildungskurse bzw. -module für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Rahmen der Arbeitsassistenz bzw. im Rahmen der multifunktionalen Tages- und Integrationszentren angeboten werden.

## **Integration und Unterstützung bei der Erlangung und Aufrechterhaltung eines Arbeitsplatzes**

Maßnahmen der Integration und Unterstützung beziehen sich auf Unterstützungsleistungen zur Erlangung und Aufrechterhaltung eines Arbeitsverhältnisses, d.h. um arbeitsplatzbezogene Beratungen, Anleitungen und Unterstützungen von Klienten, deren

Vorgesetzten und Kollegen. In diesen Bereich fallen auch die Schaffung und Vorhaltung von geschützten Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten im Rahmen von Zuverdienst-, Integrations- und Selbsthilfearbeitsplätzen.

Zu den Unterstützungsleistungen zur Erlangung eines Arbeitsplatzes zählen alle Maßnahmen im Zusammenhang mit der Stellensuche und -bewerbung, d.h. die Beratung bei der Stellenauswahl, die Akquisition von Stellen und die Beratung und Anleitung bei der Stellenbewerbung.

Psychisch beeinträchtigte Menschen benötigen in diesem Zusammenhang in der Regel eine umfassende Unterstützung, die den individuellen Fähigkeiten, Problemen und Ängsten angepasst ist. Bewerbungstrainings in Form von Kursen entsprechen diesem komplexen Unterstützungsbedarf oft nur zum Teil, sodass stattdessen bzw. in Ergänzung dazu anleitende und begleitende Maßnahmen, die den Erfordernissen des Einzelfalles gerecht werden, angeboten werden müssen. Unterstützungsmaßnahmen bei der Stellensuche sollen ambulant bzw. mobil von den zuständigen Case-Managern und Arbeitsassistenten erbracht werden und die Beratung von und Kooperation mit den potenziellen zukünftigen Arbeitgebern sowie den relevanten Ämtern und Behörden beinhalten. Niederschwellige Bewerbungstrainings, die keinem vorgegebenen Ablaufschema folgen und in denen die individuellen Kompetenzen in ihrer Diskontinuität berücksichtigt werden, könnten im Rahmen der multifunktionalen Tages- und Integrationszentren angeboten werden.

Neben der Arbeitsplatzsuche stellt die Arbeitsaufnahme in einem Betrieb eine große Herausforderung - insbesondere für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung - dar. In der Anfangsphase einer (neuen) beruflichen Tätigkeit kann es zu starken seelischen Belastungen kommen, deren erfolgreiche Bewältigung eine gezielte Unterstützung durch professionelle Bezugspersonen notwendig macht. In den ersten Monaten am Arbeitsplatz muss den Klienten daher ein Arbeitsassistent zur Verfügung gestellt werden, der – in Kooperation mit dem zuständigen Case-Manager - eine regelmäßige und verlässliche persönliche Unterstützung anbietet und ggf. auch Kriseninterventionsfunktionen übernimmt. Neben Gesprächen mit dem Klienten sind vernetzende und vermittelnde Kontakte mit den Arbeitgebern, Vorgesetzten und Kollegen als Unterstützungsleistungen erforderlich. Hier ist der sensible und kompetente, die Datenschutzbestimmungen berücksichtigende Umgang mit

klientenbezogenen Informationen besonders wichtig, um der Stigmatisierung und Diskriminierung im Arbeitsbereich keinen Vorschub zu leisten.

Bei sämtlichen Arbeitsplätzen, die von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen eingenommen werden und den angebotenen Unterstützungsmaßnahmen ist darauf zu achten, dass diese nicht a priori zeitlich befristet sind. Die Arbeitsbedingungen und die Unterstützungsangebote sollten möglichst flexibel zu gestalten sein, um laufende Anpassungen an die individuellen Möglichkeiten und Grenzen gewähren zu können und so einer Fragmentierung des Integrationsprozesses entgegenwirken zu können. Die zentrale Frage sollte also die sein, welche Unterstützungen und Förderungen ein Arbeitnehmer mit einer psychischen Beeinträchtigung braucht, um seine Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern.

In Ergänzung dazu sollten Anreize für die Wirtschaft gesetzt werden, die speziell bei den vielen Kleinst- und Kleinbetriebsstrukturen in Niederösterreich von großer Bedeutung für das Gelingen von berufliche Integrationsmaßnahmen für Personen mit Behinderungen sind. Erst umfangreiche Maßnahmenpakete, die neben der individuellen Förderung der betroffenen Personen auch strukturverbessernde Fördermaßnahmen zur Öffnung der Wirtschaft beinhalten, könnten hier zu einer nachhaltigen Wirkung gelangen.

Ausgehend von dieser Prämisse sollten niederschwellige Arbeitsmöglichkeiten für psychisch beeinträchtigte Menschen geschaffen werden, und zwar in Form von Zuverdienstarbeitsplätzen und Integrationsbetrieben.

## **Zuverdienstarbeitsplätze**

Es besteht ein Bedarf an Arbeitsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Behinderungen, deren Arbeitsfähigkeit - vorübergehend oder langfristig - so eingeschränkt ist, dass sie nur einige Male in der Woche für jeweils kurze Zeit arbeiten können. Für diese Zielgruppe werden Zuverdienstarbeitsplätze empfohlen, die beispielsweise im Rahmen der multifunktionalen Tages- und Integrationszentren vorgehalten werden sollen. Ausgehend vom Modell eines Zentrums mit dezentralen Einheiten könnten Zuverdienstarbeitsplätze nicht nur im eigentlichen Zentrum (Cafeteria, Reinigungsarbeiten, Büro- und Verwaltungstätigkeiten, Auftragsarbeiten, etc.) sondern auch an dezentralen Stellen in Vertragsbetrieben (Produktions-

und Dienstleistungstätigkeiten) angeboten werden. Zuverdienstarbeit zeichnet sich dadurch aus, dass Menschen mit psychischen Behinderungen so viel und so lange arbeiten können, wie es ihre Verfassung zulässt und dadurch auch Klienten mit geringem und/oder stark fluktuierendem Leistungsvermögen eine berufliche Tätigkeit ermöglicht wird.

Zuverdienstarbeitsplätze sind in die allgemeine Marktwirtschaft eingebunden und die Mitarbeiter beziehen ein Gehalt, dessen Höhe anhand der erbrachten Arbeitsleistung bemessen wird. Die Kosten für die Betreuung müssen hingegen auf Subventionswegen zugeschossen werden. Im Vergleich zu arbeitsrehabilitativen Arbeitsmaßnahmen werden die Zuverdienstarbeitsplätze zeitlich unbefristet angeboten. Die Unterstützung am Zuverdienstarbeitsplatz erfolgt in der Regel durch eigenes Betreuungspersonal in den Zuverdienstbetrieben. Bei einer geringen Anzahl von Zuverdienstarbeitsplätzen in einem Betrieb und günstigen strukturellen Voraussetzungen wäre auch eine mobile Unterstützung der Zuverdienstarbeitskräfte durch Arbeitsassistenten denkbar.

## **Integrationsbetriebe**

Ein – im Vergleich zur Zuverdienstarbeit - höherschwelliges und anspruchsvolleres Arbeitsangebot für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist die Beschäftigung in Integrations- bzw. Selbsthilfefirmen. Dabei handelt es sich um Kleinunternehmen, die tariflich bezahlte und sozialversicherte Dauerarbeitsplätze für behinderte Menschen bieten und die – abgesehen von den üblichen Zuschüssen für die Anstellung von Behinderten – marktwirtschaftlichen Prinzipien entsprechen. In NÖ existiert bislang kein Integrativer Betrieb, in dem schwerpunktmäßig Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen beschäftigt sind. Unter der Voraussetzung, dass in solchen Betrieben der – zumindest vorübergehend – eingeschränkten und fluktuierenden Leistungsfähigkeit von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen durch flexible Arbeitszeiten und –abläufe sowie geeignete Unterstützungsmaßnahmen besser Rechnung getragen werden kann als an Arbeitsplätzen am allgemeinen Arbeitsmarkt, haben solche Firmen ein starkes Integrationspotenzial, das es auszubauen gilt.

Eine besondere Situation im Bereich der Arbeit und Ausbildung betrifft Menschen, die in betreuten Wohneinrichtungen leben. Laut einer im Rahmen der Evaluierung des NÖ Psychiatriepflichtgesetzes erfolgten Erhebung in den betreuten Wohneinrichtungen in NÖ sind in den

vollbetreuten Wohnformen 45% der Bewohner ohne Arbeit bzw. tagesstrukturierende Beschäftigung. In den teil- und punktbetreuten Wohnformen beträgt der Anteil der unbeschäftigten Bewohner lediglich 7%.

Grundsätzlich sollen die beschriebenen Unterstützungsangebote im Bereich Arbeit und Ausbildung allen Menschen mit psychischer Beeinträchtigung, unabhängig von der aktuellen Wohnform, zugänglich sein. Ob arbeits- bzw. ausbildungsbezogene Unterstützungsleistungen erfolgen bzw. falls ja, auf welche Art und in welchem Ausmaß, hängt von den Erfordernissen des Einzelfalles ab und sollte im Rahmen der beschriebenen Behandlungs- und Rehabilitationspläne festgelegt und laufend aktualisiert werden. Arbeitsangebote sollen im Sinne der Normalisierung nicht am Wohnort erfolgen, ausgenommen sind Personen, denen aus physischen und/oder psychischen Gründen ein Verlassen des Wohnortes nicht zumutbar ist.

## **Psychosoziale Schwerpunktsetzung im NÖ Beschäftigungspakt - TEP**

Die Maßnahmen im Rahmen des TEP stellen aufgrund der formulierten Zielsetzungen und des verfügbaren Mitteleinsatzes auch für Personen mit psychischen Behinderungen eine verstärkt zu nützende Möglichkeit dar. Um das zu erreichen, sollten speziell die Träger der psychosozialen Dienste und der bestehenden Arbeitsangebote verstärkt mit der Koordinationsstelle zusammenarbeiten. Dabei würden die Erschließung neuer Beschäftigungsfelder für diese Zielgruppe, wie z.B. die Gründung und Förderung von Integrativen Betrieben, und das Erreichen von Partnerschaften zu bestehenden (gemeinnützigen) Betrieben die wichtigsten Erfolgsfaktoren darstellen.

## **Modellprojekte**

Für eine optimale Umsetzung der hier genannten Entwicklungsaufgaben empfiehlt es sich, in jeder der sieben psychiatrischen Versorgungsregionen entsprechende Koordinationsstellen einzurichten, die für eine – den regionalen Arbeitsmarktverhältnissen angepasste – Planung,

Steuerung und Koordination innovativer Qualifikations- und Beschäftigungsmaßnahmen auf der Grundlage der allgemein verfügbaren Förderungsmaßnahmen verantwortlich zeichnen. Dabei sind genaue Kenntnisse über bestehende nationale Aktionspläne und territoriale Beschäftigungspakte ebenso eine Kernvoraussetzung, wie auch enge Kooperationen mit den bereits eingerichteten Koordinationsstellen für TEP- und EQUAL-Projekte in Niederösterreich. Zur Umsetzung dieser spezifischen Aufgaben könnten die in Kapitel D.1 empfohlenen psychiatrischen Regionalkonferenzen unter der Leitung der Psychiatrieplanungsagentur herangezogen werden. Das Zusammenspiel von regionaler Feinabstimmung durch die Regionalkonferenzen und übergreifender Steuerung und Koordination durch die Psychiatrieplanungsagentur ist dabei umso bedeutsamer, je unterschiedlicher regionale Strukturindikatoren – wie z.B. die vorhanden wirtschaftlichen Betriebs- und Kapitalstrukturen und somit Beschäftigungsmöglichkeiten in der jeweiligen Region – ausgeprägt sind.

## **Altersspezifische Aspekte**

Unterstützungsleistungen im Bereich der Arbeit und Ausbildung sollten den Menschen mit psychischen Behinderungen grundsätzlich unabhängig vom Lebensalter angeboten werden. Die Arbeit bzw. Ausbildung erfüllt allerdings bei Menschen, die das reguläre Pensionsalter bereits erreicht haben bzw. kurz davor stehen, weniger die Funktion der existenziellen Absicherung. Vielmehr stehen bei älteren Personen mit psychischen Behinderungen die tages- und kontaktgestaltenden sowie die sinnstiftenden und entwicklungsfördernden Aspekte der Arbeit und Ausbildung im Vordergrund.

Da das Ziel der Integration in den Arbeitsmarkt bei älteren Personen nicht gegeben ist, besteht auch keine Notwendigkeit spezialisierter Unterstützungsdienste, wie z.B. Arbeitsassistenzen. Sehr wohl sollte aber das Leistungsspektrum der mobilen Unterstützungsteams den Bereich der Arbeit und Ausbildung bei älteren Klienten beinhalten.

Der Zugang zu Zuverdienstarbeitsplätzen sollte grundsätzlich auch älteren Menschen mit psychischen Behinderungen ermöglicht werden, sofern dies mit ihrer individuellen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit vereinbar ist.

Bei Personen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen und/oder eingeschränkter Mobilität kommen eher die Unterstützungsleistungen aus den Bereichen Selbstversorgung und Wohnen bzw. Tagesgestaltung und Kontaktfindung zum Tragen. Die altersspezifischen Empfehlungen für diese Bereiche finden sich am Ende des jeweiligen Kapitels.

### **Geschlechtsspezifische Aspekte**

Im Bereich der Arbeit und Ausbildung gelten zunächst die im Kapitel „Tagesgestaltung und Kontaktfindung“ abgegebenen geschlechtsspezifischen Empfehlungen. Das heißt, dass in die individuelle Unterstützungsplanung und -umsetzung geschlechtsdifferenzierte Betrachtungsweisen einfließen müssen, die sowohl die individuellen Erfahrungen und den aktuellen Lebenskontext als auch gesellschaftspolitische Aspekte betreffen.

In diesem Zusammenhang ist speziell auch auf die Bedürfnisse und Lebensumstände von psychisch behinderten Personen, vor allem Frauen, mit minderjährigen Kindern Rücksicht zu nehmen. Für diese Klienten bedarf es im Besonderen eines ausreichenden Angebotes von wohnortnahen Teilzeit-Arbeitsverhältnissen mit möglichst flexiblen, die individuellen Bedürfnisse und Erfordernisse berücksichtigenden Arbeitszeiten. Parallel dazu müssen die professionellen Hilfsdienste die Klienten bei der Suche und Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit der Kinderbetreuung beraten, vermitteln und begleiten und mit den zuständigen Stellen kooperieren.

Bei allen Unterstützungsteams im Bereich Arbeit und Ausbildung, d.h. bei den Case-Managern, den Arbeitsassistenten und dem Betreuungspersonal der Einrichtungen mit Zuverdienst- und Integrationsarbeitsplätzen, ist auf ein ausgewogenes Verhältnis von männlichen und weiblichen Mitarbeitern zu achten, um die individuelle Wahlmöglichkeit zwischen Betreuungspersonen unterschiedlichen Geschlechts gewähren zu können.

Die professionellen Helfer müssen auch imstande sein, geschlechtsspezifische Rollen- und Problemkonstellationen am Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz wahrnehmen zu können und bei Bedarf adäquat intervenieren können. Hier müssen vor allem bei sexueller Belästigung von Frauen durch männliche Kollegen oder Vorgesetzte sowie bei geschlechtsbezogenen Diskriminierungen und benachteiligenden Differenzierungen am Arbeits-/Ausbildungsplatz rasche und gezielte Maßnahmen zum Schutz der Klienten erfolgen.

Bei Arbeitsverhältnissen am freien Arbeitsmarkt müssen die professionellen Helfer die Betroffenen insofern unterstützen, als die Gleichbehandlung der Geschlechter bei ihnen genauso gewahrt wird wie bei den Mitarbeitern ohne psychische Behinderung und psychisch behinderten weiblichen Angestellten der Zugang zu Frauenförderungsmaßnahmen gleichermaßen ermöglicht wird. Die Vernetzung und Kooperation mit Vorgesetzten und Kollegen sowie mit Arbeitnehmersvertretungen und Gleichbehandlungsbeauftragten auf betrieblicher und übergeordneter Ebene sind wesentliche Voraussetzungen dafür.

Im Bereich der Zuverdienst- und Integrationsarbeitsplätze ist auf die Gleichbehandlung der Geschlechter unter anderem insofern zu achten, als den Klienten aufgrund ihres Geschlechtes der Zugang zu den einzelnen angebotenen Berufssparten nicht verwehrt werden darf und dass die Höhe des bezahlten Lohnes geschlechtsunabhängig ist.

Darüber hinaus ist bei den Zuverdienst- und Integrationsarbeitsplätzen eine Reihe von geschlechtsspezifischen Aspekten in den Strukturen und Angeboten der entsprechenden Einrichtungen zu berücksichtigen. Wie bereits im Kapitel *Tagesgestaltung und Kontaktfindung* beschrieben, müssen getrennte sanitäre Anlagen und Umkleieräume für Männer und Frauen sowie Räumlichkeiten, in denen sich Personen zurückziehen können, vorhanden sein.

Die Arbeitsbereiche sollen eine breite Palette an beruflichen Möglichkeiten umfassen, in denen sowohl geschlechtsneutrale als auch traditionell männer- bzw. frauendominierte Arbeitsformen angeboten werden. Damit soll Personen beiderlei Geschlechts ein Anknüpfen an vorhandene Kenntnisse und Ressourcen ermöglicht werden, wobei a priori keine Fixierung des geschlechtsspezifischen Rollenverhaltens, sondern - ausgehend vom individuellen Bedarf - auch Neuorientierungen und Entwicklungspotenziale gefördert werden sollen.

Die arbeitsbegleitenden therapeutischen Maßnahmen sollen auch geschlechtsspezifische Programme umfassen, in denen Frauen und Männer getrennt ihre arbeitsweltbezogenen Erfahrungen und Schwierigkeiten thematisieren und alternative Verhaltensweisen und Perspektiven entwickeln können.

## Rechtliche Anpassungsempfehlungen

Neben den beschriebenen konzeptuellen Innovationen bedarf es im Bereich Arbeit und Ausbildung der Entwicklung und Umsetzung von flexibleren und leistungsmotivierenden Finanzierungsmodellen.

In der Finanzierung sollte mehr auf Subventionswegen in den privatwirtschaftlichen Bereich zugeschossen werden als durch den konventionellen Weg der Sozialhilfe. Es ist für die Teilnehmer an unterstützten Arbeitsformen motivationssteigernder, wenn sie für ihre Leistungen vom Arbeitgeber/Maßnahmenbetreiber auch direkt bezahlt werden, als indirekt über diesen Weg z.B. ihre Wohnform zu sichern. Diese indirekte Wohnsicherung ist durch das - in den diesbezüglichen Richtlinien ausgewiesene - Erfordernis der regelmäßige Teilnahme an einer arbeitsrehabilitativen, tages- oder freizeitstrukturierenden Maßnahme, oder das Nachgehen einer Arbeit gegeben.

*Ein weiterer Motivationsschub wäre durch eine Neuregelung hinsichtlich der Pensionsansprüche zu erwarten. Die drohende, durch das Eingehen eines Arbeitsverhältnisses bedingte, Einbuße einer existenzsichernden Invalidenpension<sup>249</sup> behindert im Einzelfall nur allzu oft den Schritt in die Erwerbstätigkeit. Dazu wird von der Betroffenenorganisation HSSG angeregt, dass bei der Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses etwaige Pensionsansprüche ruhen und bei eventuellem Wiedereintritt der Arbeitsunfähigkeit wieder aufleben sollten. Nach einem Arbeitsverhältnis sollte also keine Schlechterstellung im Vergleich zur Situation vorher befürchtet werden müssen.*

*Entsprechend dem Grundsatz Rehabilitation vor Pension könnten von den Pensionsversicherungsträgern Mitteln für mobile Rehabilitationsteams lukriert werden, um auf diese Weise die Ausgaben durch langfristige Pensionszahlungen über die Subvention von unterstützten Arbeitsverhältnissen minimieren zu können.*

---

<sup>249</sup> auch erhöhte Familienbeihilfe, Waisenspension

# **Teil B**

## **Kapitel 3.2**

### **Selbsthilfe**

B.3.2.1 Betroffenenselbsthilfe

B.3.2.2 Angehörigenselbsthilfe

### **B.3.2.1 Zusammenarbeit mit Betroffenen**

Durch die Zunahme an chronischen Krankheiten und psychosozialen Problemen haben sich die Anforderungen an das Gesundheitssystem geändert. Im Mittelpunkt dieses zunehmend individualisierten Versorgungssystems ändern sich auch die partizipatorischen Anforderungen an die einzelnen PatientInnen, um zu einer optimalen, individuell zugeschnittenen Behandlung und Unterstützung zu gelangen. Speziell bei der kontinuierlichen Unterstützung von Personen mit komplexen, psychischen Krankheiten und Behinderungen bieten deshalb systematische Selbsthilfe- und Selbstschutzmaßnahmen eine passende Bewältigungsform.

Seit der Veröffentlichung des NÖP95 konnte in Niederösterreich eine rege Entwicklung in der psychiatrischen Selbsthilfe konstatiert werden. War es bisher die Angehörigenorganisation HPE, die auch die Interessen ihrer erkrankten Angehörigen vertrat, so übernahmen in den letzten Jahren die Betroffenen selbst immer mehr diese Aufgabe.

#### **Aktuelle Situation**

Der Verein Hilfe zur Selbsthilfe für seelische Gesundheit Landesverband NÖ (HSSG) ist seit der Gründungssitzung des Dachverbandes der NÖ Psychiatrieerfahrenen am 17.3.2001 im Niederösterreich aktiv.

Mit Unterstützung des NÖGUS-S und in Kooperation mit dem Selbsthilfe- Förderprogramm des Fonds Gesundes Österreich konnte eine Verankerung der Psychiatrieerfahrenen-Selbsthilfe im Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen erreicht werden. Diese Verankerung drückt sich in einer personellen Vertretung der Betroffenen selbsthilfe im Vorstand des NÖ Dachverbandes der Selbsthilfegruppen sowie in einer Niederlassung in den Räumen des Dachverbandes aus.

Die Betroffenenvereinigung „Hilfe zur Selbsthilfe zur seelischen Gesundheit - Landesverband NÖ“ (HSSG) bietet Unterstützung in psychosozialen Lebenskrisen und Hilfe bei der Anbahnung einer Teilnahme bzw. Gründung von Selbsthilfegruppen an. Als Zielgruppe der Leistungen werden in erster Linie Betroffene genannt, aber auch Angehörige und professionelle Helfer zählen zu den Ansprechpartnern. Der Verein ist Mitglied des

Dachverbands der NÖ Selbsthilfegruppen, der mittlerweile über 150 existierende Selbsthilfegruppen zählt.

Der Verein HSSG ist abgesehen von der Zentrale in St.Pölten in acht Ortsgruppen<sup>250</sup> aufgeteilt.

Als die derzeit laufenden, wichtigsten Aktivitäten wurden genannt:

- Aufbau eines flächendeckenden Selbsthilfe-Netzes in allen Regionen NÖ für Menschen in psycho-sozialen Schwierigkeiten.
- Öffentlichkeitsarbeit mit Vorträgen und Weiterbildungsveranstaltungen zur Aufklärung über psychische Störungen und zur Sensibilisierung gegenüber den Bedürfnissen der Betroffenen, deren Angehörigen und des sozialen Umfelds.
- Fragebogenerhebung zu den Wünschen und Bedürfnissen psychisch kranker Personen in NÖ in Zusammenarbeit mit dem NÖGUS und dem Evaluierungsteam des NÖP95 unter dem Titel („Was wollen die Betroffenen in Niederösterreich wirklich?“). Deutliche Zustimmung wurde dabei bei der Frage nach dem Wunsch wieder zu arbeiten abgegeben. Noch stärker stimmten die Befragten der Frage nach „Erholungseinrichtungen für psychisch Kranke“ zu. Dagegen hielt sich die Zustimmung zum „Weiterbildungswunsch im Hinblick auf Lernen, besser mit Erkrankung umzugehen“ deutlich in Grenzen.
- Projekt „Einzelberatungen“, bei dem durch die HSSG in Kooperation mit professionellen Beratern nach einem genaueren anamnestischen Vorgespräch individuell abgestimmte Beratungsgespräche im Ausmaß von maximal 10 Beratungseinheiten kostenlos in Anspruch genommen werden können. Daran kann sich bei Bedarf eine Vermittlung in eine geeignete Selbsthilfegruppe anschließen.
- Projekt „Wiedereingliederung psychisch Kranker in den Arbeitsmarkt“, das die Errichtung einer Form von „Personalbörse“ zum Inhalt hat, bei der einerseits Betroffene ihre Arbeitsleistung anbieten und andererseits sozial eingestellte Firmen,

Gemeinden bzw. sonstige Institutionen Arbeitsplätze zur Verfügung stellen (siehe Kap.B.6.1c). Aus der oben erwähnten Umfrage gehen als wichtigste Ergebnisse einerseits der deutliche Wunsch der Betroffenen nach - ihren Bedürfnissen angepassten - Arbeitsverhältnissen mit flexiblen Arbeitszeitregelungen und gebremstem Leistungsdruck hervor. Das schließt mit ein, dass eine drohende Schlechterstellung durch den Verlust von - vor Arbeitseintritt bestandenen - Pensions- bzw. Pflegegeld-Ansprüchen nach einem beendeten Arbeitsverhältnis für die Betroffenen abzuwenden sind.

### **Stärken-Schwächen-Analyse**

Die positive Entwicklung auf dem Sektor der Selbsthilfe für seelische Gesundheit mit der einhergehenden Erweiterung und Differenzierung des angebotenen Leistungsspektrums macht eine Einschätzung der Versorgungsrelevanz und Positionierung im vorhandenen und zukünftigen psychiatrischen Versorgungssystem notwendig. Dabei kann von zwei wesentlichen Kernleistungen innerhalb der Selbsthilfe ausgegangen werden: Einerseits die gemeinsame Bewältigung von persönlichen psychosozialen Problemen in der vertrauensvollen Atmosphäre einer Gruppe von Personen mit ähnlichen Erfahrungshintergrund. Andererseits die teilweise Übernahme von vormals ausschließlich professionell durchgeführten Versorgungs-Agenden, wie Versorgungsbedarfsanalysen, Planungstätigkeiten, Beratungsmaßnahmen u.dgl. Dabei stellen die unmittelbaren Erfahrungen der Betroffenen die wesentliche Kernkompetenz dar, wenn sie diese Informationen auch entsprechend mitteilen und austauschen können, wozu ja die Selbsthilfegruppen in erster Linie dienen. Andererseits stellen nicht selten der eigene hohe Anspruch innerhalb der Selbsthilfegruppen selbst und das übermäßige Engagement der dortigen Schlüsselpersonen eine Quelle der Belastung und Frustration dar. Diese internen Belastungsquellen wiegen erfahrungsgemäß umso mehr, je weniger strukturell und finanziell abgesichert die Grundlagen für die Selbsthilfeaktivitäten von externer Subventions- bzw. Förderseite abgesichert sind.

Ein weiterer kritischer Punkt ist die Tatsache, dass eine Selbsthilfegruppe umso besser funktioniert, je aktiver sich die Teilnehmer selbst auch wirklich einbringen. Im Unterschied zu professionellen Anbietern sind die Leistungen nicht beliebig und passiv konsumierbar, und

---

<sup>250</sup> Himberg, Purgstall, Amstetten, St.Leonhard, Krems, Wr.Neustadt, Baden, Tulln

die Qualität schwankt abhängig von den verfügbaren Ressourcen und dem persönlichen Engagement der Teilnehmer. Aus diesen Gründen und nicht zuletzt aus den noch weitgehend unklaren Subventionsrichtlinien können Selbsthilfeeinrichtungen keinen Ersatz für professionelle Dienste bedeuten, was hinsichtlich der Realisierung der konkret angestrebte Funktion als „Beratungsstelle“ als einschränkend zu werten ist.

Welche Personen nun - zusätzlich zu den professionellen Hilfen – von den Selbsthilfeangeboten profitieren können und welche nicht, lässt sich – wie auch bei allen anderen sozialen Dienstleistungsangeboten nicht generell vorhersagen. Der Erfolg scheint vielmehr von individuellen und interaktionellen Gruppenegebenheiten und -entwicklungen abhängig zu sein und orientiert sich an den kritischen Erfolgskriterien wie Zuverlässigkeit des Angebots, Aufgeschlossenheit, Einfühlungsvermögen und Vertrauen unter den Teilnehmern und der Gewissheit, auch in individuellen und strukturellen Notsituationen eine sichere Anlaufstelle zu haben.

## **Umsetzungsempfehlungen**

### **Leistungsspektrum**

Folgende Leistungen sollte Selbsthilfe in jedem Fall umfassen:

- Unmittelbare psychosoziale Hilfestellung mittels gegenseitigen Austausch von Informationen und persönlichen Erfahrungen
- Unterstützende, individuelle Hilfe zur Lebensbewältigung
- Eigene Interessensvertretung mit dem Ziel der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
- Nachhaltige Artikulation der Bedürfnisse und Anliegen der Betroffenen als politische Entscheidungsgrundlage für eine bedürfnisorientierte Versorgungsplanung

### **Förderung- und Finanzierungsrichtlinien**

Das Leistungsangebot von Selbsthilfegruppen ist für die Teilnehmer kostenlos und muss daher auf einer kostendeckenden finanziellen Grundlage basieren. Dafür stellt eine klare rechtlich fundierte und damit einklagbare Vereinbarung über Förderungs- und Unterstützungsrichtlinien mit Sicherheitsgarantien für die Betreiber von Selbsthilfegruppen

und .-projekten eine unabdingbare Voraussetzung dar. Die gegenseitigen Unterstützungsleistungen innerhalb von Selbsthilfegruppen sind dermaßen anspruchsvoll und erfordern allen Einsatz der sich selbst organisierenden Teilnehmer, dass nicht auch noch zusätzlich aufgrund unsicherer Finanzierungsgebarungen immer wieder Überlebensstrategien überlegt werden müssen. Hier sind die Sozialhilfefinanciers aufgerufen, auf der Grundlage von - gemeinsam mit Vertretern der Betroffenenorganisationen - ausgearbeiteten Leistungserfordernissen klare Finanzierungssätze festzulegen. Regelmäßige, gemeinsam durchgeführte Evaluationen sollen die Angemessenheit der zugesprochenen Finanzierung überprüfen und notfalls Valorisierungen oder kurzfristige Notfallhilfen ermöglichen.

Zu berücksichtigen ist bei der Gesamtorganisation von Selbsthilfe, dass davon möglichst alle koordinierenden Managementaufgaben den Betroffenen selbst in übergeordneten Dachverbänden ermöglicht werden sollte, was zusätzliche Finanzmitteln für den Struktur- und Logistikaufbau und den entsprechenden qualitätssichernden Begleitmaßnahmen erfordert.

Erst die Sicherstellung dieser Aufbauorganisation mit klaren Ablaufprozessen kann den notwendigen weiten Rahmen für die optimale Entfaltung der Selbsthilfeaktivitäten der Betroffenen gewährleisten.

### **Kooperation mit den professionellen Diensten**

Die Notwendigkeit eine gut funktionierenden Zusammenarbeit mit den regionalen psychiatrischen Diensten und Einrichtungen ergibt sich schon zwangsläufig aus der Tatsache, dass einerseits naturgemäß alle Teilnehmer von Selbsthilfegruppen in irgendeiner Form regelmäßig psychiatrische Dienste in Anspruch nehmen, und dass andererseits Nutzer von psychiatrischen Diensten auch potentielle Kunden von Selbsthilfeangeboten sein können. Wer nun in welcher Weise welche der professionellen Dienste und Selbsthilfeangebote wie und in welcher Kombination nützt, hängt - abgesehen von den persönlichen Sympathiepräferenzen - in erster Linie vom Vernetzungsgrad der Angebote und der damit einhergehenden Qualität der Empfehlungen und Zuweisungen innerhalb dieses Netzes ab. Im günstigsten Fall sollte eine bilaterale Empfehlungs- und Interaktionskultur erreicht werden, innerhalb derer keine grundsätzlichen Ablehnungen sondern bedingt durch einen konstruktiven - streckenweise durchaus auch recht kritisch ausfallenden - Erfahrungs- und Meinungsaustausch eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung der Gesamtversorgung erreicht werden könnte.

## **Einbindung von VertreterInnen der Betroffenen-Selbsthilfe in psychiatrische Versorgungsaufgaben**

Innerhalb der Betroffenen-Selbsthilfe in Niederösterreich findet eine netzwerkmäßig aufgebaute gegenseitige Unterstützung in mehreren Bereichen statt. Das Spektrum reicht von Leistungen der Krisenintervention bis hin zu Hilfen bei Wohn- und Arbeitsproblemen. Damit versorgt die Selbsthilfe teilweise auch innerhalb der Hilfebereiche, wie sie in dieser Evaluation als Aufgaben für die professionellen Dienste und Einrichtungen in Kap. B.2.3 und B.3.1 konzipiert sind. Zukünftig könnte deshalb partnerschaftliche Kooperationsmöglichkeiten angedacht werden, die eine verstärkte Einbindung des Selbsthilfepotenzials in die öffentlich finanzierten psychiatrischen Versorgungsstrukturen fördern. Dabei sollte – wie generell bei allen Vorhaben der Einbindung von Betroffenen in professionelle Agenden – umsichtig und respektvoll gegenüber der Betroffenen vorgegangen werden, und kein Instrumentalisieren von Selbsthilfeaktivitäten als kompensatorischer Ersatz für fehlende professionelle Angebote und Verantwortlichkeiten erfolgen. Die Selbsthilfeleistungen sollten vielmehr als eigenständiges ergänzendes Angebot zur professionellen Versorgung angesehen werden, das mit einem angemessenen Finanzierungsbudget zu versehen ist.

## **Einbindung von VertreterInnen der Betroffenen-Selbsthilfe in die Versorgungsplanung und -evaluation**

Durch die Akkumulation von wichtigen Informationen über die Bedürfnisse, Nöte und Anliegen der Betroffenen im Rahmen systematisch durchgeführter Selbsthilfegruppen ist eine Einbindung bzw. ein themenzentriertes Hinzuziehen von Vertretern dieser Gruppen bei Fragen und Entscheidungen zur psychiatrischen Versorgung eine wertvolle Bereicherung, um ein das Angebot des Gesundheits- und Sozialbereichs immer präziser auf die Bedürfnisse der Betroffenen abzustimmen, was nicht zuletzt auch den Einsatz der verfügbaren Ressourcen zu optimieren hilft.

## **Einbindung von VertreterInnen der Betroffenen-Selbsthilfe in Personalentwicklungsmaßnahmen**

Psychiatrieerfahrene Personen und ihre Bezugspersonen sollten als Experten im Bereich der Personalentwicklung herangezogen werden. Im Sinne einer Personalentwicklung „on the job“ kann und sollte prinzipiell jede Arbeitsbeziehung zwischen professionellen MitarbeiterInnen und KlientInnen eine Erweiterung des jeweiligen Erfahrungswissens bewirken, zusätzlich sollten aber Angebote, im Rahmen derer psychiatrieerfahrene Personen systematisch ihre Kenntnisse und Erfahrungen an verschiedene Interessensgruppen weitergeben, größtmöglich gefördert werden (siehe Kap. D.3).

### **B.3.2.2 Angehörigenselbsthilfe**

Die HPE (Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter) ist die größte und bekannteste Selbsthilfeorganisation für Angehörige psychisch erkrankter Personen in Österreich. Sie wurde 1978 als Zusammenschluss von Angehörigen, die in ihrer Situation Unterstützung suchten, in Wien gegründet. Gegenwärtig gibt es in jedem Bundesland einen eigenen HPE-Verein und den Dachverband HPE-Österreich. Der Landesverein HPE Niederösterreich wurde am 23.10.2001 gegründet. Davor existierte ein gemeinsamer HPE-Verein für Wien, Niederösterreich und Burgenland.

Die Angehörigen von psychisch erkrankten Personen sind häufig mit belastenden Situationen im Umgang mit den betroffenen Familienmitgliedern konfrontiert und tragen eine hohe Verantwortlichkeit für deren Betreuung und Unterstützung, was das eigene Leben nachhaltig beeinflusst. Viele Angehörige erleben ihre Lebenssituation als belastend und konflikthaft und entwickeln Angst-, Scham- und Schuldgefühle, Hilflosigkeit und Ohnmacht. Die Vorurteile in der Gesellschaft und die damit einhergehenden Rollenzuschreibungen, oft auch von Seiten der behandelnden Experten, stellen zusätzliche Belastungsfaktoren dar. Die Zielsetzung der HPE besteht darin, durch Information, Unterstützung, gegenseitigen Erfahrungsaustausch und Öffentlichkeitsarbeit die Lebensqualität der betroffenen Familien zu verbessern.

Zu den Angeboten der HPE zählen Selbsthilfegruppen, Einzelgespräche mit „erfahrenen“ Angehörigen und Informationsveranstaltungen. Darüber hinaus fungiert die HPE als Interessensvertretung der Angehörigen im psychiatrischen und politischen Bereich, die in die Planung der regionalen psychiatrischen Versorgung einbezogen wird und an psychiatrierelevanten Gremien auf Landes- und Bundesebene teilnimmt.

Der Dachverband HPE-Österreich betreibt in Wien eine Familienberatungsstelle für Angehörige, organisiert eine jährliche Fachtagung und Weiterbildungsseminare für die ModeratorInnen der Selbsthilfegruppen und gibt die Zeitschrift „Kontakt“ heraus.

Neben der Möglichkeit für Personen aus NÖ, die Angebote der Beratungsstelle in Wien zu nutzen, existieren an 16 Orten in 15 NÖ Bezirken Selbsthilfegruppen der HPE für Angehörige von psychisch erkrankten Personen. In den meisten Fällen finden diese Angehörigengruppen ein bis zwei Mal im Monat statt, größtenteils werden Räumlichkeiten der PSDs dafür genutzt. In einigen Bezirken gibt es zusätzliche fixe Angebote, wie Einzelberatungen oder themenzentrierte Informationsveranstaltungen.

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich ist, existieren in den Psychiatrieregionen Mostviertel und Waldviertel - ausgenommen im Bezirk Gmünd - derzeit keine von der HPE organisierten Selbsthilfegruppen für Angehörige. Im Bezirk Wien-Umgebung werden an den Standorten Schwechat und Klosterneuburg Angehörigengruppen angeboten.

Im Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen sind neben der HPE u.a. auch Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige, für Angehörige von alkoholerkrankten Personen und für Eltern mit behinderten Kindern.

**Tabelle 1**

<i>Region/Bezirk</i>		<i>Einwohner</i>	<i>Angehörigen- gruppen</i>
<b>Weinviertel</b>	<b>Weinviertel</b>	<b>287.483</b>	<b>4</b>
	Hollabrunn	50.070	●
	Korneuburg	67.981	●
	Mistelbach	72.726	●
	Gänsersdorf	88.475	●
	WU Gerasdorf	8.231	-
<b>Industrieviertel</b>	<b>Thermenregion</b>	<b>317.090</b>	<b>4</b>
	Mödling	106.374	●
	Bruck/Leitha	40.006	●
	WU Schwechat	43.818	●
	Baden	126.892	●
	<b>Bucklige Welt</b>	<b>195.305</b>	<b>2</b>
	Neunkirchen	85.769	●
	Wr. Neustadt Stadt	37.627	●
	Wr. Neustadt Land	71.909	-
<b>NÖ Mitte</b>	<b>NÖ Mitte Nord</b>	<b>192.669</b>	<b>3</b>
	Tulln	64.600	●
	WU Purkersdorf	25.152	-
	WU Klosterneuburg	24.797	●
	Krems Stadt	23.713	●
	Krems Land	54.407	-
	<b>NÖ Mitte Süd</b>	<b>169.514</b>	<b>2</b>
	St. Pölten Stadt	49.121	●
	St. Pölten Land	93.309	-
	Lilienfeld	27.084	●
	<b>Mostviertel</b>	<b>Mostviertel</b>	<b>237.461</b>
Amstetten		109.183	-
Melk		75.287	-
Scheibbs		41.329	-
Waidhofen/Ybbs		11.662	-
<b>Waldviertel</b>	<b>Waldviertel</b>	<b>146.282</b>	<b>1</b>
	Waidhofen/Thaya	28.197	-
	Horn	32.400	-
	Zwettl	45.635	-
	Gmünd	40.050	●
<b>Niederösterreich</b>		<b>1.545.804</b>	<b>16</b>