

# Teil C

## Die überregionale psychiatrische Spezialversorgung

Übersicht

Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995

Evaluation 2003

C.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie

C.2 Abhängigkeitserkrankungen

C.3 Psychotherapie

## Übersicht zu C. Die überregionale psychiatrische Spezialversorgung

Die hier besprochene Spezialversorgung in den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen sowie Psychotherapie<sup>251</sup> bezieht sich auf die engen psychiatrischen Aspekte von gesellschaftlich wesentlich größeren Problembereichen, die dadurch gekennzeichnet sind, dass sie weitgehend und primär durch nicht-psychiatrische und auch nicht-medizinische Hilfesysteme abgedeckt werden – etwa durch die Jugendwohlfahrt, den schulpsychologischen Dienst, die allgemeinen Sozialbetreuungsdienste oder die Behindertenbetreuung, durch nicht-psychiatrische niedergelassene ÄrztInnen, niedergelassene PsychotherapeutInnen etc. Es ist auch bezeichnend, dass es für diese Gebiete zum Teil eigene Regelungen gibt, etwa den in Ausarbeitung befindlichen Jugendwohlfahrtsplan (im Rahmen des Projektes JUPRO) und den niederösterreichischen Suchtplan, oder das Psychotherapiegesetz, um nur einige dieser Regelungen zu nennen.

Die hier vorgelegten Evaluierungs- und Planungsüberlegungen sind wegen des viel größeren und bedeutungsvolleren außerpsychiatrischen Versorgungsnetzes (und auch der notwendigen präventiven Aktivitäten) für diese Spezialgebiete kürzer gehalten als im Bereich der psychiatrischen Grundversorgung (Teil B), da Abstimmungen mit diesen selbst in Entwicklung befindlichen anderen Bereichen weitgehend erst zu leisten sind und hier nicht präjudiziert werden sollen. Es werden sozusagen „nach außen offene Kernstrukturen“ vorgeschlagen.

Für diese drei psychiatrischen Spezialversorgungsbereiche gelten auch viele andere Gemeinsamkeiten, die im Abschnitt „Evaluation 2003“ ausführlich behandelt und in den relativ kurzen Spezialkapiteln nicht in allen Details wiederholt werden. Zum Verständnis der Spezialkapitel ist es deshalb notwendig, sich zunächst mit dem genannten Abschnitt „Evaluation 2003“ vertraut zu machen (s.u. im Anschluss an den Abschnitt „Aussagen des NÖP95“).

Die Rolle der Psychiatrie kann für diese großen Problembereiche als die eines „qualifizierten fachlichen Hinterlandes“ gesehen werden, das dort für diagnostische und therapeutische Zwecke zur Verfügung steht, wo die in der - fachlichen und geographischen - Peripherie tätigen anderen Hilfesysteme überfordert sind und eine spezifische psychiatrische Kompetenz bzw. ein spezifisches stationäres oder tagesklinisches psychiatrisches Setting benötigt wird. Diese psychiatrische Spezialversorgung soll in so genannten überregionalen Kompetenzzentren

---

<sup>251</sup> Gerontopsychiatrie wurde bereits im Teil B besprochen

erfolgen, von denen es aus verschiedenen Gründen, die unten näher erläutert werden, für jeden der genannten Spezialbereiche eine geringere Zahl als sieben geben soll, mit anderen Worten: ein Kompetenzzentrum soll jeweils für mehrere Psychiatrieregionen zuständig sein, weshalb sie hier mit dem Adjektiv „überregional“ versehen werden.

Diese Kompetenzzentren sollen zwei teilweise miteinander überlappende Aufgaben wahrnehmen:

1. Durchführung spezifischer stationärer bzw. tagesklinischer Therapieprogramme, in den Fällen, in denen a) die Art und notwendige Intensität der Behandlung nur in einem stationären oder teilstationären Setting angeboten werden kann und/oder b) eine ambulante Behandlung nicht ausreichend oder überhaupt nicht möglich ist bzw. eine völlige oder teilweise Entfernung aus der Alltagsumgebung indiziert ist. Die Übernahme in ein solches Therapieprogramm kann nur geplant und nach genauer Indikationsstellung in Zusammenarbeit zwischen dem Kompetenzzentrum und den zuweisenden Stellen erfolgen.<sup>252</sup> (z.T. können derartige Therapieprogramme eine von vornherein fixierte Dauer haben, z.B. bei Alkoholentwöhnung oder stationärer Psychotherapie)
2. Begutachtung („Assessment“) in Problemsituationen, mit denen die peripheren Dienste und Einrichtungen überfordert sind, mit daraus resultierenden Empfehlungen für die weitere Vorgangsweise. Dadurch soll es auch zu einem Wissens- und Kompetenztransfer zu den zuweisenden Stellen kommen, was ja eine wichtige Nebenfunktion eines „Kompetenz“-Zentrums sein sollte. Dieses Assessment kann auch ambulant erfolgen – dort, wo auch tagesklinische Plätze vorhanden sind, auch in einer Tagesklinik. Ein Ergebnis des „Assessments“ kann durchaus auch die Empfehlung für ein stationäres/teilstationäres Therapieprogramm im eigenen Kompetenzzentrum sein.

Für diese Kompetenzzentren werden a) Betten, b) Tagesklinikplätze und c) Ambulanzen vorgeschlagen (mit Ausnahme des Drogenentzugs, für den keine Tagesklinikplätze vorgesehen sind):

- a) eine stationäre Bettenabteilung an einem Allgemeinkrankenhaus bzw. einem psychiatrischen

---

<sup>252</sup> In der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann es gelegentlich notwendig sein, Kinder und Jugendliche im Sinne einer Krisenintervention auch akut aufzunehmen.

Fachkrankenhaus mit der Hauptfunktion der Durchführung spezifischer Assessment- und Therapieprogramme (nach Abklärung der Indikation im prästationären Bereich).

- b) Tagesklinikplätze am Standort der Bettenabteilung und, wo machbar, zur besseren Erreichbarkeit auch geographisch disloziert, allerdings fachlich, personell, organisatorisch und in der Finanzierung mit dem Kompetenzzentrum verbunden - als Bestandteil eines Therapieprogramms oder im Rahmen eines fachspezifischen „Assessments“.
- c) Ambulanzen am Standort der Bettenabteilung und, analog den Tagesklinikplätzen, gegebenenfalls geographisch disloziert - zur Indikationsstellung für ein spezifisches stationäres/tagesklinisches Assessment- oder Therapieprogramm, zur Nachbetreuung nach einem solchen und zum fachspezifischen „Assessment“. Die Ambulanzen sollen auch eine Schnittstellenfunktion für eine enge Kooperation mit sämtlichen anderen Diensten und Einrichtungen, die die spezifische PatientInnengruppe behandeln oder betreuen, einnehmen.

Kompetenzzentren werden jeweils für mehrere Regionen gemeinsam vorgeschlagen, drei für Kinder- und Jugendpsychiatrie, drei für Abhängigkeitserkrankungen (davon zwei für Alkoholabhängigkeit, eines für Drogenabhängigkeit) und zwei für Psychotherapie.

Die im Teil B für die „Grundversorgung“ ausführlich beschriebenen ambulanten und komplementären Versorgungsbereiche werden für die Spezialversorgung aus den oben beschriebenen Gründen nicht oder nur ansatzweise besprochen. Dazu gehören im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie die zahlreichen Einrichtungen der Jugendwohlfahrt (z.B. Heime) und der Schulen, Mütterberatungsstellen, Behinderteneinrichtungen, etc., bei den Abhängigkeitserkrankungen die im niederösterreichischen Suchtplan angeführten Beratungsstellen, Wohnheime, niedergelassenen ÄrztInnen etc.

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

*Die wesentlichen Aussagen des NÖP95 zu diesen Spezialgebieten lauteten:*

*Für die folgenden Ausführungen gilt, dass sie im Gegensatz zum Kernbereich der Erwachsenenpsychiatrie, wie er im vorangegangenen Abschnitt dargestellt wurde, als weniger verbindlich anzusehen sind und mehr den Charakter einer Diskussionsgrundlage haben. Dies vor allem deshalb, weil auf allen hier behandelten speziellen Gebieten, mehr noch als in der*

*Erwachsenenpsychiatrie, die Kooperation mit Bereichen außerhalb der Psychiatrie notwendig ist. Konkrete Pläne sind von der Psychiatrieplanungsagentur in Zusammenarbeit mit diesen außerpsychiatrischen Bereichen unter Berücksichtigung der schon bestehenden einschlägigen Dienste und Einrichtungen zu erstellen.*

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

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

## Evaluation 2003:

Ähnlich wie bei der regionalen psychiatrischen Grundversorgung (siehe Teil B) bleiben die grundsätzlichen Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995 auch für die überregionale Spezialversorgung aufrecht. Freilich gibt es auch zahlreiche Abweichungen und Ausdifferenzierungen, die sich z.T. aus den seit 1995 stattgefundenen Entwicklungen ableiten. Auch werden diese Bereiche hier wesentlich genauer dargestellt als im NÖP95.

Die Gründe für die Unterscheidung einer regionalen psychiatrischen Grundversorgung und einer überregionalen psychiatrischen Spezialversorgung sind im Kapitel A.3.1.2 (Stufenplan der Versorgung) ausführlich dargelegt. Dort wurde ausgeführt, dass für sechs Bereiche eine psychiatrische Spezialversorgung in organisierter Form angeboten werden sollte:

1. Kinder- und Jugendpsychiatrie
2. Gerontopsychiatrie
3. Alkoholabhängigkeit
4. Drogenabhängigkeit
5. Psychotherapie
6. PatientInnen, die mit dem Strafrecht in Konflikt gekommen sind (forensische Psychiatrie)

Von diesen sechs Bereichen bleibt die forensische Psychiatrie (§ 21/1 Strafgesetzbuch: zurechnungsunfähige geistig abnorme Rechtsbrecher) hier außer Betracht - da ihre Einrichtungen und deren Betrieb auf Vereinbarungen zwischen dem Land Niederösterreich und dem Justizministerium beruhen, auf die auf der Landesebene planerisch wenig Einfluss genommen werden kann. Außerdem haben forensisch-psychiatrische PatientInnen, die in niederösterreichischen Einrichtungen behandelt werden, nicht notwendigerweise auch ihren Wohnsitz in Niederösterreich<sup>253, 4</sup>.

Für die verbleibenden Spezialbereiche wurde argumentiert, dass in einem Flächenbundesland der überwiegende Teil der psychiatrischen Spezialversorgung, besonders im stationären Bereich, aus folgenden Gründen nicht genauso lebensfeldnahe angeboten werden kann, wie die psychiatrische Grundversorgung:

---

<sup>253</sup> In einer standortbezogenen Regionalplanung, die auf die Erhaltung und Schaffung von Arbeitsplätzen aus ist, wäre allerdings zu berücksichtigen, dass mit der forensischen Psychiatrie derartige Kapazitäten verbunden sind.

<sup>4</sup> Im Hinblick auf die Nachbetreuung s. B.2.3.

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

Die Schlussfolgerung aus diesen Argumenten war, dass die stationäre Spezialversorgung nur überregional angeboten werden kann, also jeweils für mehrere Psychiatrieregionen gemeinsam.

Im Laufe der Projektarbeit ergab sich schließlich die Lösung, dass die Gerontopsychiatrie von diesen Überlegungen ausgenommen wird und in jede der sieben Psychiatrieregionen integriert werden sollte.

Gründe dafür waren zum einen die zunehmende Größe des Problems (aufgrund der demografischen Veränderungen der Alterspyramide)<sup>e</sup>; die besondere Notwendigkeit der Integration der Versorgung gerontopsychiatrischer PatientInnen in lokale Dienste und Einrichtungen; der Wunsch vieler PatientInnen, möglichst in der eigenen Wohnumgebung zu verbleiben (was auch fachlich richtig ist, da die Vertrautheit mit der Umgebung bei gerontopsychiatrischen Problemen ein wesentlicher therapeutischer Faktor ist); schließlich die hohe Komorbidität mit körperlichen Krankheiten, die durch eine Kooperation mit internistischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern einer optimalen Behandlung zugeführt werden kann (ganz abgesehen von der hohen gerontopsychiatrischen Morbidität in nicht-psychiatrischen Krankenhausabteilungen - dabei kann eine psychiatrische Abteilung vor Ort optimale Kooperationen in der Betreuung dieser PatientInnen ermöglichen).

Für die überregionale psychiatrische Spezialversorgung verbleiben hiermit vier Bereiche:

1. Kinder- und Jugendpsychiatrie

2. Alkoholabhängigkeit<sup>254</sup>
3. Drogenabhängigkeit
4. Psychotherapie

Die hier besprochene Spezialversorgung in den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen sowie Psychotherapie<sup>255</sup> bezieht sich auf die engen psychiatrischen Aspekte dieser Gebiete. Diese drei Bereiche sind ja dadurch gekennzeichnet, dass sie weitgehend und primär durch nicht-psychiatrische und auch nicht-medizinische Hilfesysteme abgedeckt werden – etwa durch die Jugendwohlfahrt, den schulpyschologischen Dienst, die allgemeinen Sozialdienste oder die Behindertenbetreuung, durch niedergelassenen ÄrztInnen, niedergelassene PsychotherapeutInnen etc - und dass sie deutliche präventive Komponenten haben, die eo ipso im außerpsychiatrischen Bereich stattfinden müssen.. Es ist auch bezeichnend, dass es für diese Gebiete zum Teil eigene Regelungen gibt, etwa den in Ausarbeitung befindlichen Jugendwohlfahrtsplan (im Rahmen des Projektes JUPRO) und den niederösterreichischen Suchtplan, oder das Psychotherapiegesetz, um nur einige dieser Regelungen zu nennen.

Die hier vorgelegten Evaluierungs- und Planungsüberlegungen sind kürzer gehalten als im Bereich der psychiatrischen Grundversorgung (Teil B), einerseits wegen des viel größeren und bedeutungsvolleren außerpsychiatrischen Versorgungsnetzes, andererseits weil Abstimmungen mit diesen selbst in Entwicklung befindlichen anderen Bereichen weitgehend erst zu leisten sind und hier nicht präjudiziert werden sollen. Es werden sozusagen „nach außen offene Kernstrukturen“ vorgeschlagen. Auch gelten für diese drei psychiatrischen Spezialversorgungsbereiche viele andere Gemeinsamkeiten, die im Abschnitt „Evaluation 2003“ ausführlich behandelt und in den relativ kurzen Spezialkapiteln nicht in allen Details wiederholt werden.

Die Rolle der Psychiatrie kann für diese Spezialbereiche als die eines „qualifizierten fachlichen Hinterlandes“ gesehen werden, das dort für diagnostische und therapeutische Zwecke zur Verfügung steht, wo die in der (fachlichen und geographischen) Peripherie tätigen anderen Hilfesysteme überfordert sind und eine spezifische psychiatrische Kompetenz bzw. ein spezifisches stationäres oder tagesklinisches psychiatrisches Setting benötigt wird.

---

<sup>254</sup> Für die Darstellung hier wurden Alkoholabhängigkeit und Drogenabhängigkeit zu einem einzigen Kapitel „Abhängigkeitserkrankungen“ zusammengefasst.

<sup>255</sup> Zur Definition dieses hier so genannten Spezialversorgungsbereiches ist zu beachten, dass der Begriff „Psychosomatik“ vieldeutig ist (s. den Abschnitt über der Definition der Zielpopulation in Kapitel C.3)



Diese psychiatrische Spezialversorgung soll in so genannten überregionalen Kompetenzzentren erfolgen, von denen es aus verschiedenen Gründen (die oben bereits näher erläutert wurden) für jeden der genannten Spezialbereiche eine geringere Zahl als sieben geben soll, mit anderen Worten: ein überregionales Kompetenzzentrum soll jeweils für mehrere Psychiatrieregionen zuständig sein.

Diese Kompetenzzentren sollen zwei (teilweise miteinander überlappende) Aufgaben übernehmen:

1. Durchführung spezifischer stationärer bzw. tagesklinischer Therapieprogramme, in den Fällen, in denen a) die Art und notwendige Intensität der Behandlung nur in einem stationären oder teilstationären Setting angeboten werden kann und/oder b) eine ambulante Behandlung nicht ausreichend oder überhaupt nicht möglich ist bzw. eine völlige oder teilweise Entfernung aus der Alltagsumgebung indiziert ist. Die Übernahme in ein solches Therapieprogramm kann nur geplant und nach genauer Indikationsstellung in Zusammenarbeit zwischen dem Kompetenzzentrum und den zuweisenden Stellen erfolgen.<sup>256</sup> (z.T. können derartige Therapieprogramme eine von vornherein fixierte Dauer haben, z.B. bei Alkoholentwöhnung oder stationärer Psychotherapie)
2. Begutachtung („Assessment“) in Problemsituationen, mit denen die peripheren Dienste und Einrichtungen überfordert sind, mit daraus resultierenden Empfehlungen für die weitere Vorgangsweise. Dadurch soll es auch zu einem Wissens- und Kompetenztransfer zu den zuweisenden Stellen kommen, was ja eine wichtige Nebenfunktion eines „Kompetenz“-Zentrums sein sollte. Dieses Assessment kann auch ambulant erfolgen – dort, wo auch tagesklinische Plätze vorhanden sind, auch in einer Tagesklinik. Ein Ergebnis des „Assessments“ kann durchaus auch die Empfehlung für ein stationäres/teilstationäres Therapieprogramm im eigenen Kompetenzzentrum sein.

Für diese Kompetenzzentren werden a) Betten, b) Tagesklinikplätze und c) Ambulanzen vorgeschlagen (mit Ausnahme des Drogenentzugs, für den keine Tagesklinikplätze vorgesehen sind):

---

<sup>256</sup> In der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann es gelegentlich notwendig sein, Kinder und Jugendliche im Sinne einer Krisenintervention auch akut aufzunehmen.

- a) eine stationäre Bettenabteilung an einem Allgemeinkrankenhaus bzw. einem psychiatrischen Fachkrankenhaus mit der Hauptfunktion der Durchführung spezifischer Assessment- und Therapieprogramme (nach Abklärung der Indikation im prästationären Bereich.
  
- b) Tagesklinikplätze am Standort der Bettenabteilung und, wo machbar, zur besseren Erreichbarkeit auch geographisch disloziert, allerdings fachlich, personell, organisatorisch und in der Finanzierung mit dem Kompetenzzentrum verbunden - als Bestandteil eines Therapieprogramms oder im Rahmen eines fachspezifischen „Assessments“.
  
- c) Ambulanzen am Standort der Bettenabteilung und, analog den Tagesklinikplätzen, gegebenenfalls geographisch disloziert - zur Indikationsstellung für ein spezifisches stationäres/tagesklinisches Assessment- oder Therapieprogramm, zur Nachbetreuung nach einem solchen und zum fachspezifischen „Assessment“. Die Ambulanzen sollen auch eine Schnittstellenfunktion für eine enge Kooperation mit sämtlichen anderen Diensten und Einrichtungen, die die spezifische PatientInnengruppe behandeln oder betreuen, einnehmen.  
Die Personalschlüssel für die Kompetenzzentren müssen auch diese ausgelagerten Funktionen abdecken.

Zuweisungen zu den Kompetenzzentren sollten nur nach Plan und genau definierten Kriterien erfolgen sollten – dies sollte auch für Zuweisungen aus den Regionalen Zentren für Seelische Gesundheit gelten. Die Ausarbeitung solcher Zuweisungsregeln könnte in Zusammenarbeit mit den regionalen Diensten und Einrichtungen im Rahmen der Regionalkonferenzen erfolgen (siehe Kapitel D.1).

Vorgeschlagen werden hier:

- 3 Kompetenzzentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 2 Kompetenzzentren für Alkoholabhängigkeit
- 1 Kompetenzzentrum für Drogenabhängigkeit
- 2 Kompetenzzentren für Psychotherapie

Als Standorte für diese 8 Kompetenzzentren werden empfohlen (siehe auch Abbildung 1 und Tabelle 1):

**Tabelle 1**

Alkoholentwöhnung <sup>257</sup> :	Ostarrichiklinikum Amstetten, Anton-Proksch-Institut Wien-Kalksburg
Drogenentzug:	Ostarrichiklinikum Amstetten
Kinder- und Jugendpsychiatrie:	Amstetten bzw. Ostarrichiklinikum Amstetten, Mödling bzw. Hinterbrühl, Donauklinikum Tulln
Psychotherapie	Ostarrichiklinikum Amstetten, Donauklinikum Tulln

---

<sup>257</sup> teilweise auch Alkoholentzug

Abb. 1 Standortempfehlungen für die überregionale psychiatrische Spezialversorgung

- ▲ Alkoholverwöhnung (Mauer, Wien-Kalksburg)
- ✗ Drogenentzug (Mauer)
- Kinder-/Jugendpsychiatrie (Amstetten/Mauer, Mödling/Hinterbrühl, Tulln)
- Psychotherapie (Mauer, Tulln)



Tab.2 Spezialversorgung: Betten/Tagesklinikplätze<sup>258</sup> für 8 Kompetenzzentren

5 Ges.-regionen	7 Psychiatrieregionen	EW pro Bezirk	EW pro Region	Kinder-/Jugendpsychiatrie (Nicht-ÖKAP/GGP)	Alkoholentwöhnung (Nicht-ÖKAP/GGP)	Drogenentzug (ÖKAP/GGP)	Psychotherapie (Nicht-ÖKAP/GGP)
Weinviertel	<b>Weinviertel</b> Hollabrunn Korneuburg Mistelbach Gänserndorf WU Gerasdorf	50.070 67.981 72.726 88.475 8.231	287.483 (18,60%)	<b>43</b> (bis 62)  □ Betten Mödling □ Tagesklinikplätze Mödling und „Einzugsgebiet“	<b>65</b>  □ Betten Kalksburg □ Tagesklinikplätze Kalksburg und „Einzugsgebiet“		<b>30</b>  □ Betten Tulln und Tagesklinikplätze
Industrieviertel	<b>Thermenregion</b> Mödling WU Schwechat Baden Bruck/Leitha	106.374 43.818 126.892 40.006	317.090 (20,51%)	□ Betten Tulln □ Tagesklinikplätze Tulln und „Einzugsgebiet“		<b>30</b>	
	<b>Bucklige Welt</b> Neunkirchen Wr. Neustadt Stadt+Land	85.769 109.536	195.305 (12,63%)				
NÖ Mitte	<b>NÖ Mitte Nord</b> Tulln WU Klosterneuburg WU Purkersdorf Krems Stadt+Land	64.600 24.797 25.152 78.120	192.669 (12,46%)		<b>60</b>	□ Betten Mauer (keine Tagesklinik)	
	<b>NÖ Mitte Süd</b> St. Pölten Stadt+Land Lilienfeld	142.430 27.084	169.514 (10,97%)				
Mostviertel	<b>Mostviertel</b> Amstetten Melk Scheibbs Waidhofen/Ybbs	109.317 75.432 41.450 11.686	237.461 (15,36%)	<b>35</b> (bis 50)  □ Betten Amstetten/ Mauer □ Tagesklinikplätze Amstetten/ Mauer und „Einzugsgebiet“	□ Betten Mauer □ Tagesklinikplätze Mauer und „Einzugsgebiet“		<b>30</b>  □ Betten Mauer und Tagesklinikplätze
Waldviertel	<b>Waldviertel</b> Waidhofen/Thaya Horn Zwettl Gmünd	28.197 32.400 45.635 40.050	146.282 (9,46%)				
<b>Summe</b>		<b>1.545.804</b>	<b>1.545.804</b> (100%)	<b>108</b> (bis 155) <b>0,07 (bis 0,1)<sup>259</sup>/1000 EW</b>	<b>125</b> <b>0,1/1000 EW<sup>260</sup></b>	<b>30</b> <b>0,1/1000 EW<sup>10</sup></b>	<b>60</b> <b>0,04/1000 EW</b>

<sup>258</sup> Bei den hier genannten Standorten ist keine präzise Zuordnung zu Einzugsgebieten vorgesehen. Die genannten Ziffern ergeben sich einerseits aus den in der letzten Zeile für ganz Niederösterreich vorgesehenen Grundziffern sowie standortbezogenen Gegebenheiten und Randbedingungen. Die Positionierung der Bettenziffern in der Tabelle entspricht in etwa dem Schwerpunkt des „Einzugsgebietes“. Änderungen der Zahlen für Betten/Tagesklinikplätze sind für die Bereiche, die nicht unter den ÖKAP/GPP Schlüssel fallen, potenziell möglich (In die Ziffern für die Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde bereits ein Beschluss der Ständigen Ausschusses des NÖGUS auf der Grundlage der hier empfohlenen Gesamtzahl und Standorte eingearbeitet.)

<sup>259</sup> 0,07 = Remschmidt (2001); in Klammer obere Grenze lt. derzeitigem Diskussionsstand Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (0,1)

<sup>260</sup> beruhend auf der Empfehlung der Expertenkommission der deutschen Bundesregierung 1988 (0,1/1000 für alle Suchtkrankheiten gemeinsam)



In Tabelle 2<sup>261</sup> sind Vorschläge für Betten- und Tagesklinikmessziffern für die genannten Standorte angeführt. Bei den hier genannten Standorten ist keine präzise Zuordnung zu Einzugsgebieten vorgesehen. Die genannten Ziffern ergeben sich einerseits aus den in der letzten Zeile für ganz Niederösterreich vorgesehenen Grundziffern sowie standortbezogenen Gegebenheiten und Randbedingungen. Naturgemäß werden die jeweiligen Kompetenzzentren eher von nahe wohnenden Personen in Anspruch genommen, sodass die vorgesehenen Standorte in gewisser Weise als „Schwerpunkte“ gesehen werden müssen, die es bei weiterer Entfernung des Wohnortes offen lassen, welches Kompetenzzentrum tatsächlich in Anspruch genommen wird. Die Positionierung der Bettenmessziffern in der Tabelle entspricht in etwa dem Schwerpunkt des „Einzugsgebietes“. Änderungen der Messziffern für die Bereiche, die nicht unter den ÖKAP/GPP Schlüssel fallen, sind potenziell möglich.

Schließlich sind auch Verschiebungen zwischen den Standorten möglich, da ja hier darauf verzichtet wurde, eine präzise Zuordnung zu einzelnen Psychiatrieregionen vorzunehmen, und da sich ergeben könnte, dass sich manche Kompetenzzentren auf bestimmte Probleme subspezialisieren und der Zugang zu diesen subspezialisierten Einrichtungen durch fixe geografische Zuordnungen nicht erschwert werden soll. So wurde noch innerhalb des Evaluationsprojektzeitraums in einem Beschluss des 40. Ständigen Ausschusses des NÖGUS vom 27.2.2003 – auf der Grundlage der hier empfohlenen Gesamtzahl der Betten- und Tagesklinikplätze und nach genauerer Prüfung der konkreten Umsetzungsoptionen – für die Spezialversorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Verteilung der Versorgungskapazitäten auf drei Standorte festgelegt. Diese Festlegungen laufen mit den hier erarbeiteten Planungsergebnissen konform und wurden deshalb in Tabelle 1 – schon mehr als konkrete Umsetzungszahlen denn als Vorschläge – aufgenommen.

Schließlich muss hier noch darauf hingewiesen werden, dass Drogenentzugsbetten innerhalb des Rahmens des ÖKAP/GGP-Schlüssels von 0,3-0,5 Betten/Tagesklinikplätzen je 1.000 Einwohner zu zählen sind (und deshalb die ebenfalls in diesen Schlüssel fallenden psychiatrischen Akutbetten in den Regionalen Zentren für Seelische Gesundheit RZSG in ihrer Gesamtzahl um diese 30 Betten reduziert sind). Betten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, für Alkoholentwöhnung sowie Psychotherapie fallen nicht in den ÖKAP-Schlüssel. Die Festlegung ihrer Zahlen erfolgte pragmatisch durch Berücksichtigung der

---

<sup>261</sup> Im Gegensatz zur Tabelle über die psychiatrische Grundversorgung in den sieben Psychiatrieregionen (Kapitel B.1) wurden hier die 5 Gesundheits- und 7 Psychiatrieregionen samt Einwohnerzahl bezirksweise nur zur Orientierung in die Tabelle aufgenommen.

(relativ gering vorhandenen) internationalen Literatur und anderer Richtlinien und Rahmenbedingungen.

In Bezug auf die in die regionale Grundversorgung einbezogene Gerontopsychiatrie sollten an den Regionalen Zentren für Seelische Gesundheit (RZSG) sieben analoge „Kompetenzzentren“ für Gerontopsychiatrie eingerichtet werden, die jedoch nicht durch eigene Primariate/Bettenabteilungen repräsentiert sein sollen, sondern durch in die regionale psychiatrische Abteilung integrierte Stationen mit spezieller Widmung, wobei auch tagesklinische und ambulante Komponenten vorgesehen werden sollten, insbesondere auch, um ein kompetentes „Assessment“, wie es oben beschrieben wurde, durchzuführen. Eine Subspezialisierung innerhalb des Personals wäre zielführend.

Innerhalb des Fachgebietes der Psychiatrie gibt es noch zahlreiche andere weniger umfangreiche „Spezialprobleme“, für die an dem einen oder anderen Regionalen Zentrum für Seelische Gesundheit „Mini-Kompetenzzentren“ errichtet werden könnten, die in Form von Arbeitsgruppen für diese Spezialprobleme tätig werden könnten (Mutter-Kind-Behandlung, frauenspezifische Probleme, geistige Behinderung mit akuten psychischen Störungen, etc.). Von diesen "Mini-Kompetenzzentren" aus könnten Beratungen in anderen Regionen erfolgen. Auf diese Problembereiche wurde in Teil B eingegangen.

Besonders hervorzuheben ist hier noch die epidemiologisch bestätigte Tendenz zu einem verstärkten Anstieg der Bevölkerungsgruppen mit Doppel- und Mehrfachdiagnosen. Diese Mehrfachbeeinträchtigungen, bei denen sich psychische Beeinträchtigungen im engeren Sinn mit Beeinträchtigungen aus angrenzenden Diagnosegruppen kombinieren, sind im Steigen begriffen und stellen aufgrund ihrer Positionierung im Schnittstellenbereich der verschiedenen Versorgungssysteme ein Spezialgebiet innerhalb der psychiatrischen Versorgung dar, das noch einer weiteren präzisen Analyse bedarf. Insbesondere sind es die Personen mit einer Sucht-Psychose-Komorbidität ("Doppeldiagnose") sowie Personen mit Intelligenzminderung und einer zusätzlichen psychischen Erkrankung, die in der zukünftigen psychiatrischen Versorgung einer besonderen Beachtung bedürfen.

Bei PatientInnen mit einer Sucht-Psychose-Komorbidität sollte zwischen den Kompetenzzentren und den Regionalen Zentren für Seelische Gesundheit eine klar geregelte Zuständigkeitsaufteilung und Zusammenarbeit erfolgen.



Für die stationäre Behandlung von psychiatrischen Episoden bei Personen mit geistigen Behinderungen sollten an den Regionalen Zentren für Seelische Gesundheit geeignete Kapazitäten für eine akute Krisenbehandlung vorgehalten werden. Ebenso sollte aus dem jeweiligen RZSG heraus auch eine adäquate psychiatrische Beratung für die Dienste und Einrichtungen der NÖ Behindertenhilfe sichergestellt werden. Ob darüber hinaus für minderbegabte Personen mit starken Sozialverhaltensauffälligkeiten noch diesbezügliche Intensivbetreuungsplätze – wie schon im Förderpflegeheim Mauer eingerichtet – benötigt werden, sollte unter Berücksichtigung der hier empfohlenen Zuständigkeit des Regionalen Zentrums für Seelische Gesundheit für die akute Krisenbehandlung noch weiter analysiert werden.

# **Teil C**

## **Kapitel 1**

### **Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Übersicht

Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995

Evaluation 2003

C.1.1 Zielgruppe

C.1.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen

C.1.3 Aktuelle Versorgungslage

C.1.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung

## Übersicht zu C.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>262</sup>

Psychische Probleme bei Kindern und Jugendlichen sind oft schwer einzuordnen und es ist nur folgerichtig, dass es gerade auf diesem Gebiet zahlreiche außerpsychiatrische Dienste, Einrichtungen und Initiativen gibt, etwa im Bereich der Schule, der Jugendwohlfahrt, der Behindertenbetreuung etc. Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in diesem breiten Feld als „kompetentes fachliches Hinterland“ zu sehen, das dort für diagnostische und therapeutische Zwecke zur Verfügung steht, wo die in der - fachlichen und geographischen - Peripherie tätigen anderen Hilfesysteme überfordert sind und eine spezifische psychiatrische Kompetenz bzw. ein spezifisches stationäres oder tagesklinisches psychiatrisches Setting benötigt wird.

Wie bereits erläutert wurde, wird hier lediglich auf Dienste und Einrichtungen mit spezifischer psychiatrischer Widmung eingegangen. Alle anderen Dienste und Einrichtungen – und sie sind äußerst zahlreich und ihre Systematik ist nicht eindeutig – werden im Niederösterreichischen Jugendwohlfahrtsplan enthalten sein. Essentiell ist, dass die hier besprochenen psychiatrischen Spezialdienste und -einrichtungen mit allen anderen Diensten und Einrichtungen eng vernetzt arbeiten müssen. Die Kooperationsstrukturen mit diesen selbst in Entwicklung befindlichen anderen Bereichen sind vielfach erst aufzubauen und sollen hier nicht präjudiziert werden. Es werden hier sozusagen „nach außen offene Kernstrukturen“ vorgeschlagen.

Die psychiatrische Spezialversorgung soll auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie in drei „Kompetenzzentren“ erfolgen, einem im Osten Niederösterreichs (Hinterbrühl bzw. Mödling), einem in Niederösterreich Mitte (Tulln) und einem im Westen (Amstetten bzw. Mauer). Neben Bettenstationen und Ambulanzen sollten diese Kompetenzzentren auch über tagesklinische Plätze verfügen, die – im Sinne der leichteren Erreichbarkeit kinder- und jugendpsychiatrischer Hilfe durch die Bevölkerung und durch andere Dienste - auch geographisch disloziert vorgehalten werden sollten, dabei aber fachlich, personell, organisatorisch und in der Finanzierung mit dem Kompetenzzentrum verbunden sein sollten. Die kinderpsychiatrische Konsiliar- bzw. Liaisonversorgung von Einrichtungen der Pädiatrie, der Jugendwohlfahrt und des schulischen Bereiches sollte ebenfalls eine zentrale Komponente einer optimalen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung der niederösterreichischen Bevölkerung sein.

---

<sup>262</sup> Für das Verständnis der folgenden Ausführungen ist die Lektüre des Einleitungskapitels des Teils C erforderlich

## **Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995**

*Die Aussagen des NÖP95 zu diesem Spezialbereich sind sehr umfangreich, was damit zusammenhängt, dass psychische Probleme bei Kindern Gegenstand einer Vielzahl von Bereichen und Institutionen sind. Die Grundaussagen des NÖP95 sind in diese Evaluation übernommen worden. Als Standorte für kinderpsychiatrische Zentren wurden im NÖP95 Mauer, Zwettl, Mistelbach und Hinterbrühl mit insgesamt maximal 100 Betten zur Akutversorgung, Krisenintervention, diagnostischen Beobachtung und mittelfristigen Therapie vorgeschlagen.*

## **Evaluation 2003**

Die im Niederösterreichischen Psychiatrieplan 1995 ausformulierten Empfehlungen für die Organisation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, ihre Einbindung in wesentliche andere Bereiche - das Schulwesen, die Jugendwohlfahrt, die Drogenprävention, etc. - gelten weiter. Änderungen ergeben sich jedoch dadurch, dass in der Zwischenzeit im Ostarrichiklinikum Amstetten eine kinder- und jugendpsychiatrische Station eröffnet wurde, dass sich die Definition der Psychiatrieregionen verändert hat und dass das Donauklinikum Gugging geschlossen werden soll.

### **C.1.1 Zielgruppe**

Die Zielgruppe für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung erscheint einerseits durch die Altersgrenze (vor dem 18. Geburtstag) klar definiert, ist jedoch andererseits wegen der verschiedenen Probleme der verschiedenen Altersstufen von Kindern und Jugendlichen, sowie in diagnostischer Hinsicht komplexer zu sehen.

Im Hinblick auf die verschiedenen Altersstufen lassen sich 4 Gruppen unterscheiden:

1. Säuglinge und Kleinkinder bis zum 3. Lebensjahr
2. Kleinkinder im Vorschulalter
3. Schulkinder
4. Jugendliche

Diese Gruppen haben jeweils eigene Problemschwerpunkte: So steht etwa bei Säuglingen und Kleinkindern die Frage der Interaktionsstörungen und Entwicklungsstörungen im Vordergrund, bei Kleinkindern und Kindern im Volksschulalter sind es Verhaltens- und Lernstörungen, bei den 10-14 jährigen Schulkindern zusätzlich die Adoleszenzproblematik (einschließlich der Drogenproblematik) und bei den 14-18 jährigen die Drogenproblematik sowie die Ersterkrankung an Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis.

Da viele Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter vorübergehend sind, stellt sich die Frage des Eingreifens der „Psychiatrie“ als besonders heikles Problem. Was ist „noch normal“, was schon Vorstufe einer schwereren psychischen Störung, was eine ausgebrochene psychische

Krankheit? Die Definition der Zielgruppe ist in einem komplizierten Wechselspiel mit der Stigmatisierungsfrage zu sehen. Die Tendenz, „leichtere“ psychische Störungen bei Kindern, oft unter dem Titel „ psychosomatische Störungen“, außerhalb der Psychiatrie zu behandeln, sei es bei niedergelassenen PsychotherapeutInnen, institutionalisierten Beratungs- und Therapiestellen für Kinder, oder aber in pädiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern führt zu dem Problem, dass Kinder, die tatsächlich „in die Psychiatrie“ kommen, stigmatisiert werden. Es besteht ja in der Bevölkerung eine natürliche Tendenz die Psychiatrie zu vermeiden. Besonders Kindern und Jugendlichen möchte man die Psychiatrie „ersparen“, weshalb hier für die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie dringend empfohlen wird, sie in Allgemeinkrankenhäusern unterzubringen, vorzugsweise in solchen, an denen es auch eine pädiatrische Abteilung gibt, mit der intensiv kooperiert werden kann.

In der jugendpsychiatrischen Versorgung werden mit zunehmendem Alter der Betroffenen die Verhältnisse denen in der Erwachsenenpsychiatrie immer ähnlicher, sodass, was die stationäre Versorgung betrifft, die Grenzen in Richtung psychotherapeutischer Komplementäreinrichtungen einerseits, der Erwachsenenpsychiatrie andererseits verschwimmen.

### **C.1.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen**

Mehr noch als in der psychiatrischen Grundversorgung für Erwachsene gilt auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie, dass ein absoluter Schlüssel für Betten oder Tagesklinikplätze isoliert, also ohne dass das gesamte Versorgungsumfeld berücksichtigt wird, schwer zu definieren ist. Die besten Schätzungen sind derzeit 0,07 Betten je 1.000 Einwohner (Remschmidt, 2001) bis 0,1 Betten je 1.000 Einwohner (ÖBIG, 2003), wobei auch Tagesklinikplätze inkludiert sind.

Eine Schwierigkeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht zur Zeit darin, dass der Zusatzfacharztstitel „Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters“ im Begriff ist, in einen vollen Facharzt für das Fach „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ umgewandelt zu werden, wobei die Frage, welchem Fachbereich die bisher subsumierte Kinderneurologie zufällt, noch offen ist. Bei der derzeitigen Organisation der Facharztausbildung für medizinische

Spezialgebiete wird es notwendig sein, reine kinderpsychiatrische Krankenhausabteilungen zu errichten.

Schließlich werden in Zukunft auch die Vorgaben des in Entstehung begriffenen niederösterreichischen „Jugendwohlfahrtsplans“, der im Rahmen des Projektes JUPRO erarbeitet wird, zu berücksichtigen sein.

### **C.1.3 Aktuelle Versorgungslage**

Abgesehen von den zahlreichen nicht-psychiatrischen Diensten und Einrichtungen (der Jugendwohlfahrt, der Kinderheilkunde, der schulpsychologischen Dienste, der Behindertenbetreuung, etc., die hier nicht beschrieben werden) ist im engen kinderpsychiatrischen Bereich zunächst lediglich der Pavillon für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 15 Betten im Ostarrichiklinikum Amstetten zu erwähnen (für 10-18-Jährige), dann die heilpädagogische Station Hinterbrühl mit 38 Betten für alle Altersstufen bis 15 Jahre, die de facto wie eine Krankenanstalt funktioniert, formal aber der Jugendwohlfahrt zugeordnet ist, allerdings auch über eine Ambulanz mit Krankenanstaltenstatus verfügt. Niedergelassene FachärztInnen mit Zusatzfacharzttitel „Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters“ gibt es in Niederösterreich nur vereinzelt. Die Bevölkerung rund um Wien nimmt de facto häufig kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen in Wien in Anspruch.

### **C.1.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung**

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

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in verschiedenen Ländern in unterschiedlichen strukturellen Vernetzungen entstanden, in Niederösterreich als integriertes Element der Jugendwohlfahrt. Dies ist aus versorgungstechnischen Überlegungen für den außerstationären Bereich weiterhin günstig. Es ist nicht primär anzustreben, eine kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung zu entwickeln, die als Konkurrenz neben den Jugendamtsozialarbeitern, dem Schulpsychologischen Dienst, den Sonderkindergärtnerinnen, etc. bis in die Peripherie geht und selbst nachgehende Betreuung oder mobile Dienste

anbietet. Denkbar wäre allerdings, die PSDs als Anlauf- und Koordinationsstellen für diejenigen Patienten zu nutzen, bei denen die üblichen Betreuungssysteme überfordert sind, bei denen also ein Kinder- und Jugend-PSD „subsidiär“ tätig werden könnte, und zwar in Kombination mit allen anderen Diensten und Einrichtungen (siehe Kapitel B.2.3.). Ein dafür infrage kommender Bereich ist etwa Substanzmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen, besonders im Falle einer Komorbidität mit einer Psychose (so genannte Doppeldiagnosen), sowie psychische Erkrankungen und Krisen bei Jugendlichen mit Intelligenzminderungen.

Im Sinne eines „qualifizierten fachlichen Hinterlandes“ werden drei Kompetenzzentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgeschlagen: eines in Mödling/Hinterbrühl im Osten, eines in Tulln in der Mitte, und eines in Amstetten/Mauer im Westen Niederösterreichs.

Die Einzugsgebiete dieser Kompetenzzentren sind hier nicht strikt definiert, damit flexibel geplant werden kann. Sie könnten sich jedoch schwerpunktmäßig aus ihrer geografischen Lage folgendermaßen ergeben: Hinterbrühl/Mödling für die Thermenregion und die Bucklige Welt, Tulln für Niederösterreich Mitte Nord, das Weinviertel und den nördlichen Teil des Waldviertels, Amstetten/Mauer schließlich für das Mostviertel, Niederösterreich Mitte Süd und den südlichen Teil des Waldviertels.

Unter dem Gesichtspunkt einer machbaren Versorgung und nach den wenigen vorliegenden Empfehlungen (Schlüssel 0,07-0,1 Betten/Tagesklinikplätze, siehe Tabelle 1) sollten in Niederösterreich zwischen 108 und 155 Betten/Tagesklinikplätze im Kernbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Akutversorgung, Krisenintervention, diagnostischen Beobachtung und mittelfristigen Therapie bestehen.

Diese drei Kompetenzzentren sollen zunächst über Bettenstationen und Tagesklinikplätze verfügen (siehe Tabelle 1), wobei für Amstetten/Mauer 35-50, für Hinterbrühl/Mödling 43-62 und für Tulln 30-43 Betten/Tagesklinikplätze empfohlen werden. Von diesen Einzelwerten kann bei planerischen Notwendigkeiten abgewichen werden, jedoch empfiehlt es sich im Rahmen des Gesamtwertes von 108 - 155 zu bleiben. Nach Möglichkeit sollten auch dislozierte Tagesklinikplätze im Einzugsgebiet errichtet werden, die fachlich, organisatorisch, personell und finanziell mit dem Kompetenzzentrum verbunden sein sollen. Vorzugsweise sollten derartige dislozierte Tagesklinikplätze in Krankenanstalten mit Abteilungen für



Kinder- und Jugendheilkunde errichtet werden (z.B. in Mistelbach von Tulln aus, in Zwettl von Amstetten/Mauer aus, in Wr. Neustadt von Hinterbrühl/Mödling aus).

Diese Kompetenzzentren sollten auch über Ambulanzen verfügen, die im Kompetenzzentrum selbst oder gemeinsam mit den dislozierten Tageskliniken vorgehalten werden sollten. Zu ihren Aufgaben zählen Indikationsstellung für ein spezifisches stationäres/tagesklinisches Therapieprogramm, Organisation der Nachbetreuung nach einem solchen (in Kooperation mit allen anderen Diensten und Einrichtungen) und das im Einleitungsteil zum Teil C ausführlich beschriebene fachspezifische „Assessment“.

Die Personalschlüssel für die Kompetenzzentren müssen diese ausgelagerten Funktionen abdecken.

Eine enge Vernetzung mit allen nicht-psychiatrischen Diensten und Einrichtungen für Kinder und Jugendliche ist das Um und Auf funktionierender kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen. Diesem Zweck sollten auch entsprechende Konsiliar- und Liaisondienste dienen, die eingerichtet werden sollten. Speziell für längerfristig psychisch kranke Jugendliche sollten in Kooperation mit der Jugendwohlfahrt Betreuungsstrukturen geschaffen werden, die auch Wohnmöglichkeiten umfassen.

Mehr noch als in anderen psychiatrischen Bereichen ist gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine multiprofessionelle Ausstattung der Dienste und Einrichtungen essentiell, was ja im LKF-System auch besonders verlangt wird. Besonders zu erwähnen sind hier Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten, Pflegepersonal, Sonderkindergärtnerinnen und alle Lehrer mit Sonderausbildung, wie z.B. Beratungslehrer. Kinderärzte, Ärzte für Allgemeinmedizin, Schulärzte, Schulpsychologen und Ärzte in Mutterberatungsstellen sind wichtige Kooperationspartner, für die von den Kompetenzzentren Weiterbildungen organisiert werden sollten.

Ebenfalls mehr als sonst in einer modernen Psychiatrie ohnehin notwendig müssen in alle kinder- und jugendpsychiatrischen Aktivitäten die Angehörigen, also in erster Linie die Eltern, einbezogen werden. Neben dieser Familienorientierung der therapeutischen Aktivitäten sollten auch Selbsthilfeaktivitäten für Eltern gefördert werden.



# **Teil C**

## **Kapitel 2**

### **Abhängigkeitserkrankungen**

Übersicht

C.2.1 Alkoholabhängigkeit

C.2.2 Drogenabhängigkeit

## Übersicht<sup>263</sup> zu C.2 Abhängigkeitserkrankungen

Der Bereich der Abhängigkeitserkrankungen ist im Niederösterreichischen Suchtplan 2000 dargestellt. In ihm werden drei Maßnahmenpakete unterschieden:

- Prävention
- Beratung
- Therapie

Die folgenden Ausführungen befassen sich mit dem Bereich Therapie, also mit dem spezifischen psychiatrischen Bereich, wie im Text „Evaluation 2003“ in der Einleitung zum Teil C ausgeführt wurde. Eine Vernetzung mit den anderen Bereichen ist essentiell.

Für die Abhängigkeitserkrankungen werden hier insgesamt drei Kompetenzzentren vorgeschlagen: für Alkoholentwöhnung je eines im Anton-Proksch-Institut Kalksburg und im Ostarrichiklinikum Amstetten (Kapitel C.2.1.); für Drogenentzug eines im Ostarrichiklinikum Amstetten (Kapitel C.2.2.). Damit wird auf diesem Gebiet auf bestehende und gut funktionierende Einrichtungen zurückgegriffen, für die lediglich das Aufgabenspektrum im Sinn der im Einleitungsteil genauer beschriebenen Strukturen und Komponenten der Kompetenzzentren präzisiert und teilweise erweitert werden soll.

Wie im Textteil „Evaluation 2003“ des Teils C begründet wurde, wird hier lediglich auf Dienste und Einrichtungen mit spezifischer psychiatrischer Widmung eingegangen, die ein „qualifiziertes fachliches Hinterland“ für die vielen anderen Dienste, Einrichtungen und Initiativen im Suchtbereich darstellen, werden die im niederösterreichischen Suchtplan 2000 genannt werden. Essenziell ist, dass die hier besprochenen psychiatrischen Spezialdienste und -einrichtungen mit all den anderen Diensten und Einrichtungen eng vernetzt arbeiten müssen. Die Kooperationsstrukturen mit diesen selbst in Entwicklung befindlichen anderen Bereichen sind vielfach noch zu verbessern und sollen hier nicht präjudiziert werden sollen. Es werden hier sozusagen „nach außen offene psychiatrische Kernstrukturen“ vorgeschlagen.

---

<sup>263</sup> Für das Verständnis der folgenden Ausführungen ist die Lektüre des Einleitungskapitels des Teils C erforderlich

# Teil C

## Kapitel 2.1

### Alkoholabhängigkeit

Übersicht

Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995

Evaluation 2003

C.2.1.1 Zielgruppe

C.2.1.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen

C.2.1.3 Aktuelle Versorgungslage

C.2.1.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung

## Übersicht zu C.2.1 Alkoholabhängigkeit

Entsprechend dem im Einleitungskapitel näher beschriebenen Konzept des Kompetenzzentrums, ist die Rolle der Psychiatrie für die Spezialbereiche als die eines „qualifizierten fachlichen Hinterlandes“ zu sehen, das dort für diagnostische und therapeutische Zwecke zur Verfügung steht, wo die in der fachlichen und geographischen Peripherie tätigen anderen Hilfesysteme überfordert sind und eine spezifische psychiatrische Kompetenz bzw. ein spezifisches stationäres oder tagesklinisches psychiatrisches Setting benötigt wird. Im Bereich der Alkoholabhängigkeit gilt dies in erster Linie für die Entwöhnungsbehandlung - Alkoholentzug erfolgt de facto weitgehend auf internistischen Stationen.

Vorgeschlagen wird hier, für die stationäre Alkohol-Entwöhnungsbehandlung die bestehenden und gut funktionierenden Einrichtungen weiter zu nutzen: einerseits die Bettenstation im Ostarrichiklinikum Amstetten für West-Niederösterreich, andererseits die Bettenstation im Anton Proksch Institut in Kalksburg/Wien (das schon derzeit von Niederösterreich mitfinanziert wird und auch von niederösterreichischen Patienten genützt wird).

Neu ist der Vorschlag, entsprechend dem Konzept des Kompetenzzentrums systematisch auch tagesklinische Plätze und Ambulanzen - möglichst auch disloziert - einzusetzen (was im Hinblick auf Ambulanzen vom Anton Proksch Institut bereits praktiziert wird). Neu ist auch der Vorschlag für einen möglichen eigenen Sucht-PSDs, der überall dort subsidiär tätig werden sollte, wo die spezielle Zielpopulationsdefinition für den PSD<sup>264</sup> zutrifft und die existierenden Dienste und Einrichtungen das Problem nicht bewältigen (B.2.3.). Wegen der hohen körperlichen Komorbidität bei Alkoholerkrankungen wird außerdem dringend empfohlen, konsiliarpsychiatrische Dienste an Allgemeinkrankenhäusern auszubauen (B.2.2.) und Ärzte für Allgemeinmedizin spezifisch zu schulen, weil dadurch die Möglichkeiten der Früherkennung und der Arbeit zur Behandlungsmotivierung verbessert werden (B.2.5.). Die im Teil B beschriebenen „komplementären“ Dienste sollten sich ebenfalls verstärkt der Versorgung von Personen mit Abhängigkeitserkrankungen annehmen, auch deshalb, weil

---

<sup>264</sup> Zielgruppe für die Betreuung durch den PSD sollten 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.

gerade bei langfristig psychisch erkrankten Personen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit einer zusätzlichen Abhängigkeitsproblematik gegeben ist. Schließlich sollten auch Selbsthilfeaktivitäten (Anonyme Alkoholiker, Blaues Kreuz, Angehörigen- und Familiengruppen, AL-ANON) gefördert werden (B.3.2.).

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

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

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

*Die Ausgliederung aus dem Psychiatriesektor wird im Anton Proksch-Institut Kalksburg schon seit vielen Jahren modellhaft vorgeführt. Hier werden in "kurmäßigen" Aufenthalten Patienten mit chronischem Alkoholismus systematisch betreut. Für ähnliche Modelle bieten sich die nach der Dezentralisierung der psychiatrischen Akutversorgung noch vorhandenen Betten in den beiden Landesnervenkliniken an. Wegen der an der Landesnervenklinik Mauer bestehenden Abteilung für Alkoholranke empfiehlt sich der Ausbau dieser Einrichtung, aus der ein Modellprojekt, das auch der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Personal für ganz Niederösterreich dienen könnte, entwickelt werden könnte..*

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

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

## **Evaluation 2003**

Die im Niederösterreichischen Psychiatrieplan 1995 angedachten Vorschläge gelten im Prinzip auch weiterhin. Die dort geforderte Auslagerung aus der Psychiatrie war im Sinne der Errichtung von Spezialeinrichtungen gedacht, was hier vorgeschlagen wird. Änderungen ergeben sich im Hinblick auf das umfassendere Konzept des Kompetenzzentrums und durch die vorgesehene Schließung des DKL Gugging. Ebenfalls zu berücksichtigen war der Niederösterreichische Suchtplan 2000.

### **C.2.1.1 Zielgruppe**

Die hier vorgeschlagenen Dienste und Einrichtungen sind für alkoholabhängige Personen gedacht, die eine Entwöhnungsbehandlung im stationären Setting benötigen und zu einer solchen bereit sind. Auch die meist mit Alkoholabhängigkeit kombinierte Medikamentenabhängigkeit gehört hierher. Akuter Alkoholentzug kann, muss aber nicht in den spezifischen hier vorgeschlagenen Diensten und Einrichtungen erfolgen. De facto findet die akute Alkoholentzugsbehandlung oft auf internistischen Stationen statt.

### **C.2.1.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen**

Der Niederösterreichische Suchtplan 2000 stellt eine wichtige und nützliche Leitlinie für die Gesamtbetrachtung der Problematik der Alkoholabhängigkeit dar. In ihm werden drei Maßnahmenpakete vorgeschlagen: eines für Prävention, eines für Beratung und eines für Therapie. Der Therapieteil des niederösterreichischen Suchplanes 2000 beruht noch auf dem NÖP95 und schlägt für die stationäre Therapie neben dem Ostarrichiklinikum Amstetten das DKL Gugging vor, was wegen der vorgesehenen Schließung des Donauklinikum Gugging nicht mehr gilt.

Als Gesamtverantwortliche für die Umsetzung des NÖ Suchtplans 2000 wurde die NÖ Suchtkoordinatorin bestimmt. In Abstimmung mit dem NÖ Suchbeauftragten und dem Leiter der Fachstelle für Suchtvorbeugung wurde im Jänner 2001 der Projektauftrag zur Umsetzung des NÖ Suchtplans erteilt, der im Juli 2002 abgeschlossen wurde. Dabei wurde auf eine inhaltliche Abstimmung mit der zeitlich gleichlaufenden Evaluation des NÖP95 durch die Einbindung der psychiatrischen Evaluationsleitung in das Projektteam Bedacht genommen.



Im den folgenden Ausführungen sind diese Ergebnisse berücksichtigt und entsprechend eingearbeitet<sup>265</sup>.

Für Kompetenzzentren für Alkoholerkrankungen werden im Umsetzungsprojekt NÖ Suchtplan die Standorte Ostarrichiklinikum Amstetten, KH Hollabrunn bzw. Waldviertelklinikum Standort Eggenburg und Anton Proksch-Institut Kalksburg vorgeschlagen, die zusätzlich über Ambulanzen verfügen sollen.

Neben den Ambulanzen an den Kompetenzzentren wird zusätzlich ein ambulantes „Kriseninterventionszentrum für Suchtkranke“ an der psychiatrischen Abteilung des KH Neunkirchen für den Bereich der illegalen Drogen und Alkohol/Medikamente empfohlen. Auf die weiteren - im NÖ Suchtplan ursprünglich empfohlenen - Standorte am DKL Gugging und dem KH Hollabrunn wurde aus ökonomischen Gründen vorerst verzichtet.

### **C.2.1.3 Aktuelle Versorgungslage**

De facto bestehen bereits 2 Kompetenzzentren, eines im Osten im Anton-Proksch-Institut Kalksburg (im Schnitt ständig von rund 60 NÖ PatientInnen genutzt), eines im Westen im Ostarrichiklinikum Amstetten (28 Betten). Im Anton-Proksch-Institut wird regelmäßig auch Entzugsbehandlung betrieben, im Ostarrichiklinikum Amstetten gelegentlich. Entzugsbehandlung findet vorwiegend auf internistischen Abteilungen statt. Zu beachten ist, dass die Alkoholproblematik auch in allgemeinmedizinischen Diensten und Einrichtungen sehr verbreitet ist, also an Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern sowie bei Ärzten für Allgemeinmedizin. Am Standort Eggenburg des Waldviertelklinikums werden rund 15 Betten für Alkoholentwöhnung verwendet.

Für die Beratung im Bereich Alkohol werden von der NÖ Landesabteilung Gesundheitswesen - anders als im Bereich der illegalen Drogen - keine eigenen Mittel aufgewendet, die Finanzierung erfolgt über Strukturmittel und Förderungsgeber wie AMS, und NÖGUS – Bereich Soziales. Derzeit gibt es zwei Beratungsstellen des Anton-Proksch-Instituts und die Beratung durch die 11 PSDs der Caritas St. Pölten. Der Verein „Zentrum für Beratung und Kommunikation“ bietet weiters in 13 Beratungsstellen Suchtberatung bei diversen Abhängigkeiten, somit auch bei Alkoholproblemen, an.

---

<sup>265</sup> Dasselbe gilt auch für den Kapitel C.2.2 Drogenabhängigkeit.

Eine detaillierte Übersicht über die aktuelle Versorgungslage findet sich in der Info-Mappe der Niederösterreichischen Suchtkoordinatorin (siehe Anhang).

#### **C.2.1.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung**

Hier wird lediglich auf den Therapieteil eingegangen. Es wird empfohlen die beiden Kompetenzzentren in Kalksburg und im Ostarrichiklinikum Amstetten beizubehalten. Darüber hinaus sollen (auch disloziert) Tagesklinikplätze eingerichtet werden. Die prä- und poststationäre Betreuung sollte von den jeweiligen Kompetenzzentren aus organisiert werden und zwar gemeinsam mit lokalen Diensten. Die Messziffern für Betten einschließlich Tagesklinikplätze betragen für Mauer 60, für Kalksburg 65.

Wegen der hohen Alkoholkomorbidität bei körperlichen Komorbidität bei Alkoholerkrankungen wird außerdem dringend empfohlen, konsiliarpsychiatrische Dienste an Allgemeinkrankenhäusern auszubauen (siehe auch B.2.2) und Ärzte für Allgemeinmedizin spezifisch zu schulen, weil dadurch die Möglichkeiten der Früherkennung und der Arbeit zur Behandlungsmotivierung verbessert werden.

Die im Teil B beschriebenen ambulanten (B.2.3) und komplementären (B.3.1) Dienste sollten sich ebenfalls verstärkt der Versorgung von Personen mit Abhängigkeitserkrankungen annehmen, auch deshalb, weil gerade bei langfristig psychisch erkrankten Personen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit einer zusätzlichen Abhängigkeitsproblematik gegeben ist. Schließlich sollten auch Selbsthilfeaktivitäten (Anonyme Alkoholiker, Blaues Kreuz, Angehörigen- und Familiengruppen, AL-ANON ) gefördert werden (B.3.2).

Wie schon im Kapitel B.2.3 ausgeführt wurde, nimmt die Zahl der Personen zu, die neben ihren psychischen Beeinträchtigungen im engeren Sinn zusätzlich auch noch an Abhängigkeitsproblemen leiden. Hier liegt demnach eine zu optimierende Schnittstelle zwischen dem PSD und den Suchtberatungsstellen. Neben dem Bedarf an Kooperation und Koordination zeigt sich hier besonders auch ein Bedarf an entsprechendem Kompetenzerwerb

auf beiden Seiten, um diese Personengruppe nicht wirklich zur „vergessenen Mehrheit“<sup>266</sup> werden zu lassen.

Besonders durch die im Kapitel B.2.3 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.

Im Umsetzungsprojekt NÖ Suchtplan wird empfohlen, dass pro Bezirk eine kombinierte Suchtberatungsstelle für Alkohol und illegale Drogen vom Land NÖ gefördert werden soll. Bei Bedarf sollen die von unterschiedlichen Trägern betriebenen Beratungsstellen (siehe Abschnitt über die aktuelle Versorgungslage) 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. Besonders weil es sich bei Personen mit längerfristigen Abhängigkeitserkrankungen - und speziell jenen mit einer zusätzlichen psychischen Erkrankung im engeren Sinn - oft auch um Personen handelt, die mit dem allgemein verfügbaren Angebot an ambulanten therapeutischen und sozialen Hilfen nicht immer auskommen können, wäre auch hier eine Neukonzeptualisierung anzudenken, wie sie im Kapitel B.2.3 für den PSD vorgeschlagen wird.

Als Ergebnis des Projekts "Umsetzung des Suchtplans" wurden die zwei Modellbezirke Baden und Lilienfeld ausgewählt, um Erfahrungen mit dem Vollausbau der Suchtberatung sowohl im städtischen Bereich (Baden, über 50.000 EW) als auch in einem ländlichen Bezirk (Lilienfeld, unter 50.000 EW) zu erwerben und zu evaluieren (Zeithorizont: bis Mitte 2002 Vollausbau in beiden Bezirken; bis 2004 Evaluation der Modellbezirke; ab 2005 Ausbau aller anderen Bezirke auf 75%).

Als ergänzende Folgerungen aus den Ergebnissen im Umsetzungsprojekt NÖ Suchtplan werden noch folgende Punkte herausgestrichen:

- Suche nach Alternativprojekten für betreutes Wohnen bzw. Notschlafmöglichkeiten und suchtspezifische Krisenintervention für suchtgefährdete Jugendliche

---

<sup>266</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.

- Schulungen für Amtsärzte, Hausärzte und Apotheker, um anschließend eine Kampagne starten zu können
- Öffentlichkeitsarbeit im Suchtbereich.

# Teil C

## Kapitel 2.2

# Drogenabhängigkeit

Übersicht

Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995

Evaluation 2003

C.2.2.1 Zielgruppe

C.2.2.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen

C.2.2.3 Aktuelle Versorgungslage

C.2.2.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung

## **Übersicht zu C.2.2 Drogenabhängigkeit**

Wie bei der Alkoholabhängigkeit wird auch hier auf den Niederösterreichischen Suchtplan 2000 und dessen Umsetzungsempfehlungen verwiesen, an die sich die folgenden Ausführungen im Wesentlichen anschließen.

Auch hier wird - wie schon im vorigen Abschnitt zur Alkoholabhängigkeit - entsprechend dem im Einleitungskapitel näher beschriebenen Konzept des Kompetenzzentrums, die Rolle der Psychiatrie für die Spezialbereiche als die eines „qualifizierten fachlichen Hinterlandes“ gesehen, das dort zur Verfügung steht, wo die in der fachlichen und geographischen Peripherie tätigen anderen Hilfesysteme überfordert sind und eine spezifische psychiatrische Kompetenz bzw. ein spezifisches stationäres psychiatrisches Setting benötigt wird. Dies gilt im Bereich der illegalen Drogen für die Entzugsbehandlung, nicht aber für die Entwöhnungsbehandlung, für die Projekte außerhalb des Krankenhausbereichs relevant sind.

Vorgeschlagen wird hier der Ausbau der Drogenstation im Ostarrichiklinikum Amstetten zu einem Kompetenzzentrum mit 30 Betten für den Drogenentzug und einer ambulanten Versorgungseinheit. Von Tagesklinikplätzen wird hier wegen des beim Drogenentzug spezifischen Behandlungsablaufs abgesehen.

Zusätzlich wird die Empfehlung eines ambulanten „Kriseninterventionszentrums für Suchtkranke“ an der psychiatrischen Abteilung des KH Neunkirchen für den Bereich der illegalen Drogen und Alkohol/Medikamente aus dem Umsetzungsprojekt NÖ Suchtplan übernommen.

Langfristige Entwöhnungsbehandlung ist in der Regel im außerpsychiatrischen Bereich angesiedelt. Hier wird auf den Niederösterreichischen Suchtplan 2000 und dessen Umsetzungsempfehlungen 2002 verwiesen.

## **Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995**

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

*Die derzeitigen Planungen laufen darauf hinaus, im stationären Bereich für ganz Niederösterreich Entzugsbetten in Mauer bei Amstetten einzurichten, Betten für Kurztherapien (ca. 3 bis 6 Monate) im Anton Proksch Institut/Kalksburg (in dem bereits 5 Betten durch Niederösterreich "gemietet" sind) und bei anderen privaten Trägern (Grüner Kreis, Zukunftsschmiede) vorzusehen und die an die Kurzzeittherapie anschließende Langzeittherapie (ca. 12 bis 18 Monate) vom Anton Proksch Institut und vom Grünen Kreis durchführen zu lassen.*

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

## **Evaluation 2003**

Die im Niederösterreichischen Psychiatrieplan getroffenen Aussagen gelten im Wesentlichen weiter.

### **C.2.2.1 Zielgruppe**

Aus therapeutischer Hinsicht werden PatientInnen, die einen Drogenentzug benötigen und PatientInnen, die eine Drogenentwöhnung benötigen, unterschieden. Spezialprobleme sind so genannte Doppeldiagnosen (Psychose und Drogenabhängigkeit) und Drogenabhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen.

### **C.2.2.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen**

Als Kompetenzzentren für Drogenabhängigkeit wird im Umsetzungsprojekt NÖ Suchtplan das Ostarrichiklinikum Amstetten als Standort für Drogenentzug vorgeschlagen, das zusätzlich über eine Ambulanz verfügen soll. Zusätzlich wird ein ambulantes “Kriseninterventionszentrum für Suchtkranke“ an der psychiatrischen Abteilung des KH Neunkirchen für den Bereich der illegalen Drogen und Alkohol-/Medikamente empfohlen.



### **C.2.2.3 Aktuelle Versorgungslage**

Derzeit existieren im Ostarrichiklinikum Amstetten 15 Betten für den Drogenentzug. Zwei Drittel der Aufnahmen auf diese Betten stammen jedoch nicht aus Niederösterreich. Zur Drogenentwöhnung existieren verschiedenste Einrichtungen und Projekte, wie Grüner Kreis, Zukunftsschmiede, etc.

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, somit auch bei Drogenproblemen, an.

Eine detaillierte Übersicht über die aktuelle Versorgungslage findet sich in der Info-Mappe der Niederösterreichischen Suchtkoordinatorin (siehe Anhang).

#### **C.2.2.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung**

Für den Drogenentzug sind im Ostarrichiklinikum Amstetten 30 Betten für das gesamte Bundesland Niederösterreich vorgesehen. Das entspricht der Empfehlung für die Einrichtung eines Kompetenzzentrums für illegale Drogen im Umsetzungsprojekt des NÖ Suchtplans. Der stationäre Teil dieser Versorgung fällt unter den Schlüssel 0,3-0,5 des ÖKAP. Im Kompetenzzentrum soll auch eine Ambulanz betrieben werden. Tagesklinikplätze sind nicht vorgesehen. Diese empfohlene Bettenzahl orientiert sich an der aktuellen Versorgungs- und Bedarfslage an der Drogenstation des Ostarrichiklinikums Amstetten. Allerdings ist dabei zu diskutieren, was es bedeutet, dass nur rund ein Drittel aller Aufnahmen an dieser Station durch niederösterreichische PatientInnen erfolgt.

Zusätzlich wird die Empfehlung eines ambulanten “Kriseninterventionszentrums für Suchtkranke“ an der psychiatrischen Abteilung des KH Neunkirchen für den Bereich der illegalen Drogen und Alkohol/Medikamente aus dem Umsetzungsprojekt NÖ Suchtplan hier übernommen.

Im Umsetzungsprojekt NÖ Suchtplan wird empfohlen, dass pro Bezirk eine kombinierte Suchtberatungsstelle für Alkohol und illegale Drogen vom Land NÖ gefördert werden soll. Auch hier gelten die diesbezüglichen Überlegungen hinsichtlich eines neu konzeptualisierten Sucht-PSDs (siehe Kap. B.2.3).

Weiters gelten hier die schon für den Bereich der Alkoholabhängigkeit ergänzenden Folgerungen, wie sie im Umsetzungsprojekt NÖ Suchtplan formuliert wurden:

- Suche nach Alternativprojekten für betreutes Wohnen bzw. Notschlafmöglichkeiten und suchtspezifische Krisenintervention für suchtgefährdete Jugendliche
- Schulungen für Amtsärzte, Hausärzte und Apotheker, um anschließend eine Kampagne starten zu können
- Öffentlichkeitsarbeit im Suchtbereich.

# Teil C

## Kapitel 3

### Psychotherapie

Übersicht

Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995

Evaluation 2003

C.3.1 Zielgruppe

C.3.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen

C.3.3 Aktuelle Versorgungslage

C.3.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung

## Übersicht zu C.3 Psychotherapie<sup>267</sup>

Auf den ursprünglich für dieses Gebiet vorgesehenen Begriff der „Psychosomatik“ wurde hier verzichtet, da er mehrdeutig ist. „Psychosomatik“ im engeren Sinn, als eine Versorgungsform für Personen mit *primär körperlichen* Krankheiten, bei denen psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse auch eine Rolle spielen, ist nicht Gegenstand der hier vorliegenden Planungen. Die Psychotherapie, von der hier die Rede ist, bezieht sich auf Personen mit *primär psychiatrischen* Krankheitsbildern aus dem Kreis der ICD-Diagnosen F3 bis F6, das sind F3 (Affektive Störungen), F4 (Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen), F5 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren), F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen). Ausgenommen sind PatientInnen mit psychoorganischen Störungen (F0), Substanzabhängigkeiten (F1), Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (F2) sowie F7 (Intelligenzminderung), schließlich auch - weil es hierfür eigene Kompetenzzentren gibt - kinder- und jugendpsychiatrische Krankheitsbilder (F8, F9).

Gegenstand der folgenden Empfehlungen ist außerdem nur derjenige Teil des psychotherapeutischen Angebots, der im öffentlich organisierten stationären und tagesklinischen Bereich stattfindet. Psychotherapie wird ja überwiegend außerhalb von stationären und tagesklinischen Settings durch niedergelassene PsychotherapeutInnen und FachärztInnen für Psychiatrie sowie ÄrztInnen mit Psy-Diplom angeboten. Dies sollte auch weiterhin so bleiben. Nur in denjenigen Situationen, die im Einleitungsteil zu diesem Abschnitt diskutiert wurden, ist eine Behandlung im Rahmen eines „Kompetenzzentrums“ vorgesehen.

Es werden zwei derartige Kompetenzzentren für Psychotherapie vorgeschlagen, eines am Donauklinikum in Tulln, und eines am Ostarrichiklinikum Amstetten. Für beide Kompetenzzentren ist eine Betten-/Tagesklinikplatzzahl von je 30 vorgesehen.

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

*Im NÖP95 war die Verwendung von frei werdenden Bettenkontingenten in den beiden Landesnervenkliniken Mauer und Gugging für gezielte, zeitlich begrenzte Psychotherapie bei bestimmten Personengruppen (Persönlichkeitsstörungen, Psychosomatik, Alkoholabhängigkeit) als sinnvoll betrachtet worden. Für die bereits bestehende Einrichtung an der*

---

<sup>267</sup> Für das Verständnis der folgenden Ausführungen ist die Lektüre des Einleitungskapitels des Teils C erforderlich

*Landesnervenklinik Mauer war vorgeschlagen worden, sie könnte zu einem "Modellprojekt Psychosomatik Mauer" ausgebaut werden, das auch Aus-, Weiter- und Fortbildungszwecken auf diesem Gebiet dienen sollte.*

## Evaluation 2003

Auf dem Gebiet der so genannten „Psychosomatik“ haben sich in den letzten Jahren verschiedene, zum Teil in verschiedene Richtungen tendierende und diffuse Entwicklungen ergeben. Es ist auch einige diesbezügliche Verwirrung entstanden, die aus der Sicht der Autoren des vorliegenden Evaluationsberichtes überflüssig ist. Diese Verwirrung hängt zum Teil damit zusammen, dass der Begriff „Psychosomatik“ unklar definiert ist und im Übrigen weltweit vorwiegend im deutschsprachigen Raum vorkommt. Falls er im Ausland verwendet wird, dann im Sinne der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie für PatientInnen an nicht-psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern (siehe Kapitel B.2.2).

Hier wird von „Psychotherapie“ gesprochen, wobei es um die psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit *primär psychiatrischen* Krankheitsbildern geht, während sich „Psychosomatik“ im engeren Sinn mit *primär körperlichen* Krankheiten befasst, bei denen psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse auch eine Rolle spielen. Die Internationale Klassifikation der Krankheiten trifft hier eine klare Unterscheidung.

### C.3.1 Zielgruppe

Zielgruppe für die hier besprochene stationäre und tagesklinische Psychotherapie sind PatientInnen mit den psychiatrischen ICD-10-Diagnosen F3 bis F6: F3 (Affektive Störungen), F4 (Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen), F5 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren), F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen). Ausgenommen sind PatientInnen mit psychoorganischen Störungen (F0), Substanzabhängigkeiten (F1), Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (F2) sowie F7 (Intelligenzminderung), schließlich auch - weil es hierfür eigene Kompetenzzentren gibt - kinder- und jugendpsychiatrische Krankheitsbilder (F8, F9). Es handelt sich also im Wesentlichen um die traditionellerweise als „neurotische“ Störungen bezeichneten Krankheitsbilder. Liegt primär eine körperliche Krankheit vor (ICD: 10 andere als F-Diagnosen) und qualifiziert sich das Gesamtstörungsbild als F54 (psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten), dann handelt es sich um die Klientel der psychosomatischen Abteilung. Die Definition von F54 lautet: Diese Kategorie soll verwendet werden, um psychische und Verhaltenseinflüsse zu erfassen, die wahrscheinlich eine wesentliche Rolle in der Manifestation körperlicher Krankheiten spielen,

welche in anderen Kapiteln der ICD-10 klassifiziert werden. Diese psychischen Störungen sind meist langanhaltend (wie Sorgen, emotionale Konflikte, Erwartungsangst) und rechtfertigen nicht die Zuordnung zu einer anderen Kategorie in diesem Buch. Eine zusätzliche Kodierung ist zur Bezeichnung der körperlichen Störung zu verwenden. (In den seltenen Fällen, in denen eine psychiatrische Störung vermutlich die Ursache für eine körperliche Störung darstellt, ist für die psychiatrische Störung eine zweite zusätzliche Kodierung anzugeben.)

Wesentlich ist, dass die im Einleitungsabschnitt definierte Einschränkung zutrifft, dass die Art und notwendige Intensität der Behandlung nur in einem stationären oder teilstationären Setting angeboten werden kann und/oder eine ambulante Behandlung nicht ausreichend oder überhaupt nicht möglich ist bzw. eine völlige oder teilweise Entfernung aus der Alltagsumgebung indiziert ist.

### **C.3.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen**

Für das hier behandelte Gebiet der „stationären bzw. teilstationären Psychotherapie“ gibt es keine planerischen Richtlinien. Es muss darauf hingewiesen werden, dass dieses Gebiet nicht dem der „Psychosomatik“ im engeren Sinn verwechselt werden darf, für das derzeit Strukturqualitätskriterien ausgearbeitet werden (s. C.3.1).

### **C.3.3 Aktuelle Versorgungslage**

Für die genannte PatientInnengruppe gibt es in Niederösterreich im Ostarrichiklinikum Amstetten einerseits die „Psychosomatische Therapiestation“ als Department mit 17 Betten, andererseits das „Institut für Psychotherapie“.

Die „Psychosomatische Therapiestation“ hat als diagnostische Zielgruppe: somatopsychisch - psychosomatische Erkrankungen, körperliche Funktionsstörungen und/oder Schmerzsymptomatik, Angststörungen, Depressionen, Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen. Wie diesem Diagnosespektrum und dem auf der Homepage publizierten therapeutischen Angebot zu entnehmen ist, ist sie de facto eine psychotherapeutische Station für psychiatrische Krankheitsbilder, in erster Linie für früher so genannte „neurotische“ Störungen: „Schwerpunkt ist die psychotherapeutische

Behandlung in Form von Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Die Anwendung verschiedener psychotherapeutischer Methoden ermöglicht den individuellen Zugang zur Persönlichkeit des Patienten, zu seiner Erkrankung und seiner individuellen Problematik. Im Einzelnen sind diese Methoden Tiefenpsychologie, katathym imaginative Psychotherapie, personenzentrierte Psychotherapie, integrative Bewegungstherapie, Gestalttherapie. Ergänzend dazu bieten wir körperbezogene Behandlung in Form von: Feldenkrais, autogenem Training, progressiver Muskelrelaxation, Gymnastik, individuell abgestimmte Laufübungen, Physiotherapie“ - ([www.noel.gv.at/service/gs/g4/lkh/psychosomatik\\_mauer.htm](http://www.noel.gv.at/service/gs/g4/lkh/psychosomatik_mauer.htm)).

Das „Institut für Psychotherapie“ definiert sein Leistungsspektrum wie folgt:  
Psychotherapeutische Betreuung der stationären Patienten der Landesnervenklinik Mauer. Ambulante Psychotherapie, Nach- und Weiterbetreuung in Einzel- oder Gruppentherapie; Krisenintervention, Essstörungen, Angst- und Panikattacken, Depressionen, Psychosen, life events, posttraumatische Belastungsstörung, psychosomatische Erkrankungen.

Der Vollständigkeit halber werden hier die nicht eigentlich zu dem hier definierten Versorgungsauftrag gehörenden „Psychosomatik-Schwerpunkte“ in den Krankenhäusern Baden, sowie im Waldviertelklinikum (Standort Eggenburg) ebenfalls dargestellt.

Im Krankenhaus Baden gibt es im Rahmen der Abteilung für Innere Medizin einen Schwerpunkt „Integrierte Psychosomatik“ mit 30 Betten, an dem Patienten mit primären körperlichen Krankheiten behandelt werden, bei denen laut ICD-10 F54 psychologische und Verhaltensfaktoren eine Rolle spielen. Es handelt sich in Baden also nicht um ein psychotherapiebedürftiges *psychiatrisches* Klientel, wie im Ostarrichiklinikum.

Im Waldviertelklinikum (Standort Eggenburg) besteht im Rahmen der Abteilung für Innere Medizin (70 Betten) ein Schwerpunkt für „Psychosomatik“ (rund 30 Betten). Laut Selbstdarstellung auf der Homepage entspricht das Diagnosenspektrum in groben Zügen dem der „Psychosomatischen Therapiestation“ im Ostarrichiklinikum Amstetten, das heißt es handelt sich in erster Linie um „neurotische“, also „psychiatrische“ Störungen und nicht um die in der ICD mit F54 diagnostizierten somatischen Krankheiten mit psychischen und Verhaltensfaktoren (wie im KH Baden). Rund die Hälfte dieser Betten für Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigkeit in Verwendung.



Wie man sieht, ist am Standort Eggenburg des Waldviertelklinikums eine „graue“ psychiatrische Abteilung etabliert, die stationäre Behandlung für Krankheitsbilder anbietet, die in den Bereich der Psychiatrie gehören, sich aber „psychosomatisch“ nennt. Dies zeugt von der eingangs erwähnten Verwirrung, die heute auf diesem Gebiet besteht.

### **C.3.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung**

Hier werden zwei Kompetenzzentren für Psychotherapie vorgeschlagen, eines im Westen, im Ostarrichiklinikum Amstetten, und eines im Osten, im Donauklinikum Tulln.

Der Standort „Ostarrichiklinikum“ kann von den derzeit bereits dort befindlichen psychotherapeutischen Einrichtungen ausgehend ausgebaut werden. Die im vorangegangenen Abschnitt beschriebene „psychotherapeutische Therapiestation“ sollte auf insgesamt 30 Plätze aufgestockt werden, wobei eine Flexibilität im Hinblick auf die Etablierung von tagesklinischen Plätzen gegeben sein sollte. Darüber hinaus wäre eine Ambulanz für die Aufgaben der Nachbetreuung und des „Assessments“ einzurichten. Da „stationäre Psychotherapie“ nur für eine kleine PatientInnengruppe tatsächlich in Frage kommt, ist es vermutlich nicht sinnvoll, dislozierte Tageskliniken einzurichten. Die Kapazitäten des „Instituts für Psychotherapie“ sollten synergistisch genutzt werden.

Anders ist die Situation im Osten Niederösterreichs, wo am Donauklinikum in Tulln eine neue Abteilung für Psychotherapie errichtet werden soll. Auch dieses Kompetenzzentrum soll über 30 Betten/Tagesklinikplätze verfügen. Im Übrigen gilt das gleiche, was für den Standort Ostarrichiklinikum gesagt wurde.

Auf die Pläne, am Standort Eggenburg des Waldviertelklinikums eine große private „psychosomatische Klinik“ zu errichten, wird hier nicht näher eingegangen, da auf Grund der Definition des Gebietes „Psychosomatik“ (siehe oben) keine Überschneidung mit den beiden Kompetenzzentren für Psychotherapie im Donauklinikum Tulln und im Ostarrichiklinikum Amstetten zu erwarten ist. Allerdings sollte die Trennung der Aufgabengebiete verpflichtend festgeschrieben werden, sodass von dort keine Beeinträchtigung der Psychiatrieplanung erfolgt.

Sollten hingegen die Indikationen für eine Behandlung an einer zukünftigen

„Psychosomatischen Klinik Eggenburg“ auch die psychiatrischen ICD-Diagnosen F3 - F6 beinhalten – wie es aus dem diesbezüglichen Projektantrag hervorgeht – , und sollte eine regionale Widmung von diesbezüglichen Behandlungskapazitäten für Niederösterreich erfolgen, dann hätte das auf die stationäre und teilstationäre Behandlungsplanung in Niederösterreich eine globale Auswirkung, die sich schlussendlich in einer zahlenmäßigen Anpassung der – in dieser Evaluation empfohlenen – Behandlungskapazitäten niederschlagen würde. Dies ist jedoch zu vermeiden, um die vorliegende Planung nicht ad absurdum zu führen