

# Teil D

## Umsetzungsstrategien

- D.1 Planung, Steuerung, Koordination der Versorgung
- D.2 Finanzierung
- D.3 Personalentwicklung

# **Teil D**

## **Kapitel 1**

# **Planung, Steuerung, Koordination der Versorgung**

Übersicht

Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995

Evaluation 2003

D.1.1 Derzeitige Steuerungs- und Koordinations-Struktur in der psychiatrischen Versorgung

D.1.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung

Zukünftige Ausblicke

Anhang

## Übersicht zu D.1 Planung, Steuerung, Koordination der Versorgung

In diesem Kapitel werden fördernde Grundsätze für eine Optimierung der Planung, Steuerung und Koordination in der psychiatrischen Versorgung behandelt, wie sie in den vorigen Kapiteln dargestellt wurde.

Die Errichtung geeigneter Regulations- und Steuerungsstrukturen sowie der Einsatz von koordinierenden Maßnahmen erweist sich als umso dringlicher, je mehr es sich bei der individuellen Versorgung um eine abgestimmte Bündelung verschiedenster Leistungen zu einem integrierten Komplexleistungsprogramm handelt. Das trifft besonders bei jenen PatientInnen zu, die im nicht-regulierten Anbietermarkt - also insbesondere durch den niedergelassenen Bereich - nicht ausreichend versorgt werden können.

Die Aussagen des NÖP95 gelten dabei im Wesentlichen weiter und werden hier an die revidierte Beschreibung der psychiatrischen Versorgungsleistungen angepasst und konkretisiert.

Eine optimale Nutzung des - in dieser Evaluation empfohlenen - Versorgungsangebots kann erst dann erfolgen, wenn bestimmte Organisationsvoraussetzungen bei der Planung, Steuerung und Koordination der Dienste und Einrichtungen eingehalten werden:

- Das Leistungsangebot hat sich in seiner funktionalen Vielfalt an das gesamte Spektrum der individuellen Versorgungsbedarfe in der definierten Zielgruppe auszurichten
- Im Sinne der Personenzentrierung sollten die individuellen Versorgungsleistungen so organisiert werden, dass sie sich so weit wie möglich in die Gesamtheit des individuellen Lebensfelds integrieren und dieses so wenig wie möglich irritieren.
- Bei komplexen Mehrfachbetreuungen - wie sie für Personen mit längerfristig fluktuierendem Hilfebedarf nötig sind - erhöht sich der qualitative Anspruch an den Kooperations-, Koordinations- und Kommunikationsstrukturen noch einmal um ein Vielfaches.
- Das Leistungsangebot soll auf aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zur Effektivität von relevanten Versorgungskonzepten und Behandlungs- und Betreuungsmethoden aufbauen und regelmäßig in seinen Ergebnissen überprüft werden

Ansatzpunkte für Weiterentwicklungen im psychiatrischen Versorgungssystem ergeben sich auf drei miteinander verzahnten hierarchischen Ebenen, und zwar der

- Steuerungs-Ebene
- Institutionen-Ebene
- Klienten-Ebene

Um diese drei Ebenen zu einer vernetzten Gesamtheit zusammenzuführen, stellt der „Regionale Psychiatrische Verbund“ eine geeignete Organisationsform dar.

Es ist dies ein Zusammenschluss aller Anbieter der psychosozialen Versorgung in einer Psychiatrie-Region und hat die Optimierung der Versorgung von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen zum Ziel, und zwar überwiegend für jene betroffenen Personen, die von sich aus nicht in der Lage sind, die erforderlichen Hilfen in Anspruch zu nehmen bzw. für ihre komplexen Erfordernisse zu koordinieren und deshalb oft falsch oder nicht bereit werden.

Die Rolle des/der schon im NÖP95 empfohlenen *Psychiatriebefragten* ist es, das hier entworfene Netzwerk-Szenario mit interaktiven Verknüpfungen auf den drei Ebenen der integrierten Klientenversorgung, der institutionellen Kooperation sowie der übergeordneten Steuerung aufzubauen und laufend zu verbessern.

Begleitend dazu sollte eine *Psychiatrieplanungsagentur* im Sinne eines Kompetenz- und Servicezentrums alle relevanten Bedarfs- und Angebotsdaten in vernetzten Datenbanken sammeln und für Detail- und Umsetzungsplanungen zur Weiterentwicklung und Optimierung der psychiatrischen Versorgung aufbereiten. Auf diese Weise sind Begleitevaluationen von Modellprojekten und eine kontinuierliche Globalevaluation der planmäßigen Umsetzung des Psychiatrieplans prozessbegleitend und zeitgerecht möglich.

### **Aussagen des NÖ Psychiatrieplanes 1995**

*Leitlinie 12: Institutionalisation der Planung - Psychiatriebefragter/  
Psychiatrieplanungsagentur und psychosoziale Arbeitsgemeinschaft*

*Zur Implementierung des Psychiatrieplans wird vorgeschlagen, eine Psychiatrieplanungsagentur mit eigenem Budget und eigenem Personal zu etablieren, die von einem Psychiatriebefragten geleitet wird. Darüber hinaus sollen in den sieben geplanten*

*Psychiatrieregionen jeweils psychosoziale Arbeitsgemeinschaften für die lokale Planung geschaffen werden.*

*Zu den Aufgaben des Psychiatriebauftragten und der Psychiatrieplanungsagentur gehören die Schaffung von übergeordneten Rahmenbedingungen und die übergeordnete Koordination der Planung. Im Besonderen sollen*

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

*Zusätzlich sollen sieben Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften für die sieben Psychiatrieregionen die lokale Detailplanung im Hinblick auf*

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

## Evaluation 2003

Die oben zitierten Aussagen des NÖP95 gelten im Wesentlichen weiter und werden in den folgenden Empfehlungen präzisiert bzw. an die - in dieser Evaluation empfohlenen - Entwicklungsschritte angepasst.

Die hier empfohlenen psychiatrischen Dienste und Einrichtungen können erst dann bedarfsgerecht handeln, wenn es ihnen gelingt, ihre vielfältigen Leistungen so zu realisieren und zu koordinieren, dass für die betroffenen Zielgruppen eine personen- und lebensfeldzentrierte Sicherstellung der individuell abgestimmten psychiatrischen Leistungserbringung und somit - im Sinne der Leitlinie 1 - eine „Passgenauigkeit“ gewährleistet wird (siehe Kap. A.2).

Seit Erstellung des NÖP95 haben sich aufgrund legislativer Weiterentwicklungen sowohl auf der Bundesebene als auch auf der Landesebene neu formulierte Zielsetzungen für eine effektivere und effizientere Steuerung im gesamten Gesundheits- und Sozialwesen ergeben. Die Umsetzungen dieses globalen Optimierungsprozesses sind kontinuierlich im Gange und die Auswirkungen in ihrer Gänze bei Weitem noch nicht einschätzbar.

Einen zentralen Ansatzpunkt bei all den Bemühungen um ein bedarfsgerechtes und wirtschaftlich vertretbares Versorgungssystem stellt die *ganzheitliche Integration* der vielen einzelnen Versorgungseinheiten dar, damit die Übergänge zwischen einzelnen Diagnose-, Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen durch den Einsatz fördernder Kooperations-, Koordinations- und Kommunikationssysteme harmonischer gestaltet werden können. Damit spiegelt sich die anhaltende Entwicklungstendenz des gegenwärtigen Gesundheits- und Sozialwesens wider, sich immer mehr als *kundenorientierter Dienstleistungssektor* zu verstehen, der seine Angebotspalette an eine sich verändernde Nachfrage auszurichten hat, und seine Leistungen kundengerecht anbietet und verteilt.

Zur Einschätzung dieser Entwicklung im psychiatrischen Versorgungsbereich Niederösterreichs wird in diesem Abschnitt vorerst skizziert, was von den Empfehlungen des NÖP95 verwirklicht wurde, um daran anschließend Schritte für die Weiterentwicklung zur Optimierung der Koordination und Steuerung der psychiatrischen Versorgungsleistungen zu empfehlen.

Um dieses Optimierungsziel zu erreichen, sind entsprechende strukturelle Grundlagen herzustellen sowie geeignete Instrumente einzusetzen, die auf den genannten drei miteinander verzahnten hierarchischen Arbeitsebenen in einer systematischen Weise interagieren:

Auf der regionalen und überregionalen **Steuerungs-Ebene** geht es um die Frage der geeigneten Strukturen und Instrumente, um eine optimale Angebotsorientierung auf den vorher genannten Ebenen sicherzustellen.

Auf der **Institutionen-Ebene** werden die Strukturen und Maßnahmen für eine integrative Kooperation und Koordination der versorgenden Einrichtungen und Dienste betrachtet.

Auf der **Klienten-Ebene** steht das Koordinations- und Kooperationsmodell der personenzentrierten Hilfen im Zentrum der Betrachtung, weil speziell bei der Versorgung der Personen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen und komplexem Hilfebedarf ein besonderer Steuerungsbedarf des Angebots vorliegt, dem subsidiär durch Maßnahmen der öffentlichen Hand entsprochen werden sollte.

## **D.1.1 Derzeitige Steuerungs- und Koordinations-Struktur in der psychiatrischen Versorgung**

### **D.1.1.1 Steuerungsebene**

Zur Einschätzung der Gegebenheiten und Zielsetzungen innerhalb dieser Ebene stellt die *Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 2001-2004* (siehe Kap. A.3.2.1) die wesentliche Rechtsgrundlage dar.

Dabei sind folgende neue Schwerpunkte dieser Vereinbarung für die Konzeptualisierung von Planungs-, Koordinations- und Steuerungsmaßnahmen von besonderer Bedeutung:

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

Neben diesen allgemeinen Zielsetzungen werden im ÖKAP/GGP 2001 - dem praktischen Ergebnisteil dieser Vereinbarung - konkrete Erfordernisse für eine Psychiatrieplanung formuliert. In diesen Zielvorstellungen und Planungsgrundsätzen finden Integrations- und Kooperationsaspekte eine starke Berücksichtigung. So wird die Integration der psychiatrischen Versorgung in die allgemeine medizinische und soziale Grundversorgung ebenso vorgeschrieben wie die Schaffung eines umfassenden Leistungsangebots an ambulanten und komplementären Diensten und Einrichtungen, die mit dem stationären Versorgungsbereich abzustimmen sind und gemeinsam mit diesem in Form eines Gemeindepsychiatrischen Verbunds miteinander vernetzt werden sollen. Als Planungshorizont für den Auf- und Ausbau einer ausreichenden Anzahl dieser Einrichtungen und Dienste gilt das Jahr 2005.

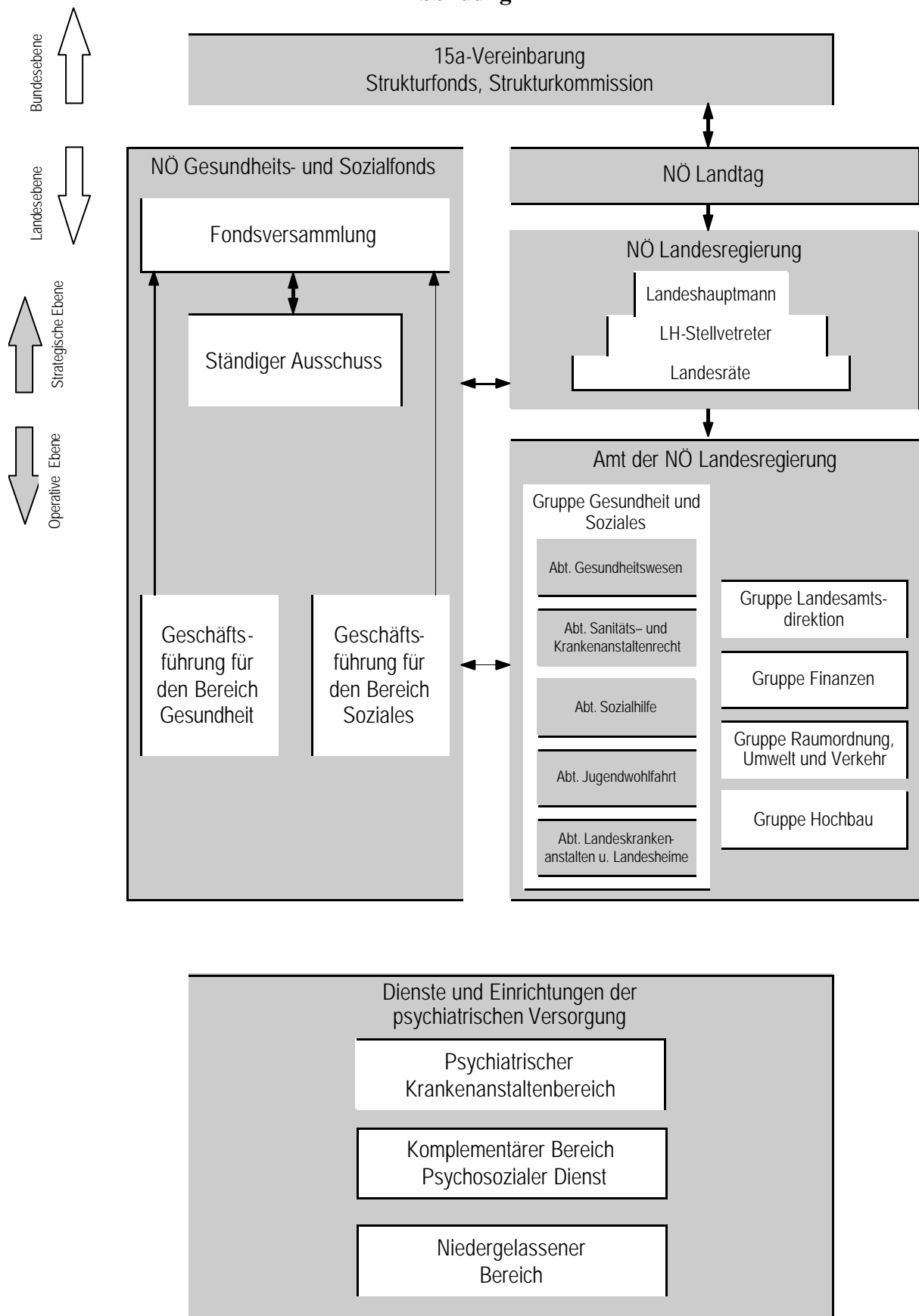


Anhand des folgenden Organigramms<sup>268</sup> wird der derzeitige Aufbau der für die psychiatrische Versorgung relevanten Steuerungselemente in Niederösterreich beschrieben:

---

<sup>268</sup> Verwendung und eigene Bearbeitung einer Grafik aus: ARGE HUMANOMED-PROGNOS: Das niederösterreichische Gesundheitswesen. Abschließender Endbericht zur niederösterreichischen Gesundheitsreform. Erstellt für das Land NÖ im November 1996

**Abbildung 1**



## **Bundesebene**

Zur Wahrnehmung von Aufgaben auf der Grundlage der hier zugrunde gelegten Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG hat einerseits der Bund beim Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (jetzt: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen) einen *Strukturfonds* eingerichtet. Der ebenfalls eingerichtete *Strukturkommission* kommt die Aufgaben der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems, insbesondere die Weiterentwicklungen der *Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung* und des *Österreichischen Krankenanstalten und Großgeräteplans* und die Entwicklung und Implementierung flächendeckender Qualitätssysteme, inklusive der Qualitätssicherung der LKF-Leistungen zu.

## **Landesebene**

Zur Wahrnehmung von Aufgaben auf der Grundlage der hier zugrunde gelegten Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG auf der Landesebene wurde in jedem Bundesland ein *Landesfonds* geschaffen. Die *Länderkommissionen* wiederum sind insbesondere für die entsprechende Feinabstimmungen hinsichtlich Auslegung des Landeskrankenanstaltenplanes, Abstimmungen von Leistungen zwischen den Krankenanstalten und die landesspezifische Ausformung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems zuständig.

### Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS)

In Niederösterreich wurde der mit dem *Niederösterreichische Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS)* ein Länderfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit und Organisationsstruktur eingerichtet. Zweck des Fonds ist die aufeinander abgestimmte Steuerung des Gesundheits- und des damit unmittelbar zusammenhängenden Sozialwesens in Niederösterreich. Der Aufbau dieser speziellen Fondsstruktur in Niederösterreich ergab sich aus der Zielsetzung, einerseits den Erfordernisse der 15a-Vereinbarung über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung nachzukommen und andererseits die Empfehlungen für eine Strukturreform in Niederösterreich als Ergebnisse der von der NÖ

Landesregierung im Jahr 1996 beauftragten *Arge-Humanomed-Prognos-Studie zur niederösterreichischen Gesundheitsreform*<sup>269</sup> zusammenzuführen.

Der Organisationsaufbau des Fonds und die jeweilige Zusammensetzung der Mitglieder ist durch den im NÖ Gesundheits- und Sozialfonds-Gesetz niedergeschriebenen hierarchischen Gremienaufbau geregelt und beinhaltet zur Besorgung der festgelegten Aufgaben die Organe „Fondsversammlung“, „Ständiger Ausschuss“ und „Geschäftsführer für die Bereiche Gesundheit und Soziales“.

Auf der Ebene der Geschäftsführung erstreckt sich der Aufgabenbereich des „Fonds für den Bereich Gesundheit“ auf die allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten und öffentlichen Sonderkrankenanstalten, mit Ausnahme der noch bestehenden Pflegeabteilungen in Krankenanstalten für Psychiatrie, sowie auf übergreifende Bereiche mit den extramuralen Einrichtungen<sup>270</sup>.

Der Aufgabenbereich des „Fonds für den Bereich Soziales“ erstreckt sich auf die Planung der Versorgungsstrukturen für psychisch behinderte Menschen sowie pflegebedürftige Menschen. Laut NÖ Gesundheits- und Sozialfonds-Gesetz 1997 obliegen der Geschäftsführung im Bereich Soziales folgende Aufgaben<sup>271</sup>:

1. Umsetzung des NÖ Psychiatrieplans, insbesondere die Entflechtung von Akut- und Langzeitbereich in den Landeskrankenanstalten;
  - a) Erarbeitung von Überleitungskonzepten für Langzeitpatienten und Personal;
  - b) Umstrukturierung des Psychosozialen Dienstes, Vernetzung mit niedergelassenen Ärzten und Krankenanstalten;
  - c) Vernetzung der ambulanten und stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie;
  - d) Vernetzung der ambulanten und stationären psychiatrischen Versorgung geistig behinderter Menschen.
2. Regelmäßige Überprüfung und Evaluierung der Maßnahmen zur Umsetzung des NÖ Psychiatrieplanes.

---

<sup>269</sup> ARGE HUMANOMED-PROGNOS: Das Niederösterreichische Gesundheitswesen. Abschließender Endbericht zur niederösterreichischen Gesundheitsreform. Wien/Basel 1996

<sup>270</sup> www.noegus.at

<sup>271</sup> Gesetz über die Errichtung eines Fonds für die Bereiche Gesundheit – Soziales (NÖ Gesundheits- und Sozialfonds-Gesetz) 9450--0 Stammgesetz 29/97 1997-02-27

### 3. Weiterentwicklung der Umstrukturierung der NÖ Landes-Pensionisten- und Pflegeheime.

Die in dieser Auflistung beschriebenen Aufgaben des NÖGUS - Bereich Soziales decken sich im Wesentlichen mit den Aufgaben, die im NÖP95 für die Psychiatrieplanungsagentur bzw. für den Psychiatriebefragten vorgeschlagen wurden.

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

Die bereits 1994 getroffene *Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen (Pflegevorsorgevereinbarung)* stellt eine weitere rechtliche Grundlage auch für die Abstimmung der angebotenen Versorgungsleistungen auf dem Gebiet der psychiatrischen Versorgung in den Bereichen Wohnen, Tagesgestaltung und Arbeit sowie in der Versorgung durch die psychosozialen Dienste dar. Darin verpflichten sich die Länder, für einen dezentralen, flächendeckenden Ausbau der ambulanten, teilstationären und stationären (sozialen) Dienste zu sorgen. In den von den Ländern erstellten Bedarfs- und Entwicklungsplänen sollen auch Dienste und Einrichtungen für psychisch behinderte Menschen enthalten sein. Es ist auch geplant, den qualitativen und quantitativen Ausbau der sozialen Dienste in Zusammenarbeit mit den Ländern zu evaluieren<sup>272</sup>.

Im Sinne einer optimalen Abstimmung der Versorgung wird im NÖ SHG § 60 der Bildung von Sozialsprengeln in jedem Verwaltungsbezirk mit Sitz an der Bezirksverwaltungsbehörde eine steuerungsrelevante Bedeutung beigemessen. Diesen Sozialsprengeln kommen insbesondere die Aufgaben der Sammlung regionaler, sozialpolitischer Versorgungsdaten, die Beurteilung aller planerischen Maßnahmen und Aufzeigen und Analyse regionaler Defizite und Missstände sowie Erarbeitung von Vorschlägen für deren Beseitigung zu. Als Organ des Sozialsprengels fungiert der Sozialbeirat.

Die Komplexität und das Ineinandergreifen verschiedener Sachthemen bei der psychiatrischen Versorgungsplanung und -steuerung spiegeln sich nach wie vor auch in den - nach dem

---

<sup>272</sup> Aus einer schriftliche Beantwortung einer parlamentarischen Anfrage vom 12.09.2001 - 2729/AB (XXI. GP) - Weiterführung der Psychiatriereform

Ressortprinzip - aufgeteilten politischen Zuständigkeiten auf der Ebene der Landesräte bzw. Landeshauptmannstellvertretern wider. Die politischen Fachzuständigkeiten in Angelegenheiten der psychiatrischen Versorgung sind auf drei verschiedene Landesräte bzw. Landeshauptmannstellvertreter aufgeteilt, zusätzlich wirken der Landesrat für Finanzierung/Raumplanung und der Landeshauptmann in Personalangelegenheiten<sup>273</sup> indirekt hinein. In der im Jahr 1996 im Auftrag des Landes Niederösterreich durchgeführten Arge-Humanomed-Prognos-Studie wurde kritisiert, dass diese Komplexität der politischen Fachzuständigkeiten in suboptimaler Weise in die ganzheitliche Steuerung im Gesundheitswesen - insbesondere in die Angelegenheiten der psychiatrischen Versorgung - einwirken. Als umfassende Optimierungsmaßnahme hinsichtlich der Harmonisierung und effizienten Bündelung dieser politisch-strategischen und wirtschaftlichen Vorgaben wurde in Niederösterreich der Niederösterreichische Gesundheits- und Sozialfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit eingerichtet und damit eine Restrukturierung des Steuerungsaufbaus und -ablaufs eingeleitet.

Auf der Abteilungsebene des Amtes der NÖ-Landesregierung übernehmen nach einer Gruppenorganisation die entsprechenden Abteilungen Kontrollfunktionen in behördlichen Belangen sowie im privatwirtschaftlichen Versorgungsbereich (gemäß §48 NÖ SHG) und Rechtsträgerfunktionen für Landeseinrichtungen. Für die psychiatrische Versorgung sind aus der Gruppe Gesundheit und Soziales folgende Abteilungen direkt steuerungsrelevant: Abteilung Gesundheitswesen, Abteilung Sanitäts- und Krankenanstaltenrecht, Abteilung Sozialhilfe, Abteilung Landesrankenanstalten und Landesheime<sup>274</sup>, Abteilung Jugendwohlfahrt. Darüber hinaus wirken Abteilungen aus den Gruppen Landesamtsdirektion; Finanzen; Raumordnung, Umwelt und Verkehr; Hochbau hinsichtlich der Belange zum finanziellen, personellen und baulichen Ressourceneinsatz indirekt ein.

In Folge der Landtagswahl 2003 sind die politischen Zuständigkeiten für die relevanten psychiatrischen Versorgungsaspekte in der derzeitigen XVI. Gesetzgebungsperiode hauptsächlich auf die Verantwortlichkeiten von Landesrat Emil Schabl für die

---

<sup>273</sup> bei den Diensten und Einrichtungen des Land Niederösterreich

<sup>274</sup> In dieser Abteilung ist seit Mai 2002 auch die Geschäftsstelle Landeskrankenanstalten eingerichtet, die eine koordinierende Funktion des Eigentümers der 6 Landesspitäler wahrnimmt.

Angelegenheiten der Gesundheit und Landeshauptmann-Stellvertreterin Liese Prokop für die  
Angelegenheiten der Sozialhilfe<sup>275</sup> konzentriert<sup>276</sup>.

#### **D.1.1.2 Institutionen-Ebene**

Auf der Ebene der derzeitigen Anbieter von psychiatrischen Versorgungsleistungen lassen  
sich folgende Typen von spezialisierten Diensten und Einrichtungen<sup>277</sup> und deren Träger-,  
beschreiben.

---

<sup>275</sup> Hinsichtlich der ambulanten Dienste „Sozialmedizinische und soziale Betreuungsdienste“, „Essen auf  
Rädern“, „Beratungsdienste“ und „Nottelefon“ besteht eine gemeinsame Zuständigkeit mit Landesrätin Christa  
Kranzl.

<sup>276</sup> Verordnung über die Geschäftsordnung der NÖ Landesregierung 52. Novelle 35/03 2003-04-25

<sup>277</sup> nicht berücksichtigt sind hier allgemeine soziale Dienste und Einrichtungen (z.B. Pflegeheime,  
Sozialmedizinischer und sozialer Betreuungsdienst)

**Tabelle 1**

Funktion	Dienst/Einrichtung	Eigentümer/Träger	Finanzierung	Steuerung/Sicherung
(Teil-)Stationäre psychiatrische Behandlung	Landesnervenkliniken	Land NÖ	LKF, SHG	GS 7, NÖGUS-G/S
	Psych. Abteilungen	Gemeinden <sup>1</sup>	LKF	Gemeinde, NÖGUS-G
Ambulante psychiatrische Behandlung	Psych. Fachärzte/ ÄfAM	Freiberufler	KV, Patient	Krankenkassen, Ärzttekammer
	Psychosozialer Dienst	Verbände, Träger	SHG	NÖGUS-S, GS 5
Betreutes Wohnen	Betreuungsstationen	Land NÖ	SHG	GS 7, NÖGUS-S
	Betreute Wohnformen	Verbände, Träger	SHG	GS 5, NÖGUS-S
Tagestrukturierung Beschäftigung	Tagesheimstätten	Verbände, Träger	SHG	GS 5, NÖGUS-S
	Clubs	Verbände, Träger	SHG	GS 5, NÖGUS-S
Arbeit und Ausbildung	Arbeitstrainingszentrum	Verbände, Träger	SHG, BSB	GS 5, NÖGUS-S
	Arbeitsassistenz	Verbände, Träger	SHG, BSB, AMS, FGÖ	GS 5, NÖGUS-S



Zwischen diesen Versorgungsbereichen lassen sich derzeit folgende Kooperations-  
Koordinations- und Kommunikationsstrukturen beispielhaft erkennen:

**Tabelle 2**

Kooperation/Koordination/Kommunikation zwischen den Settings		Kooperation/Koordination/Kommunikation in Form von
Stationäre Behandlung	Ambulante Behandlung Niedergelassene Ärzte	Arztbriefen, Zuweisungen
Stationäre Behandlung	Ambulante Behandlung Psychosozialer Dienst	Zuweisungen, Fallkonferenzen
Ambulante Behandlung Niedergelassene Ärzte	Ambulante Behandlung Psychosozialer Dienst	Zuweisungen, Abstimmungen
Ambulante Behandlung Psychosozialer Dienst	Betreutes Wohnen Tagesstrukturierung Arbeit	Zuweisungen, Mehrfachbetreuung <sup>278</sup> , Abstimmungen <sup>279</sup> Konsiliardienst
Ambulante Behandlung Niedergelassene Ärzte	Betreutes Wohnen Tagesstrukturierung Arbeit	Zuweisungen, Abstimmungen Konsiliardienst

### D.1.1.3 Klienten-Ebene

Auf der Klienten-Ebene liegt es in der Verantwortlichkeit der jeweiligen Versorgungseinheit, für den/die PatientInnen/KlientInnen entsprechende Behandlungs- und Betreuungspläne zu erstellen, diese zu dokumentieren und deren Umsetzung und Erfolg zu sichern (siehe Kap.B.2.3 und B.3.1). Je nach hoheitsrechtlichem Status der jeweiligen Institution sind dabei die entsprechenden finanzierungs-, leistungs- und berufsrechtlichen Vorgaben anzuwenden bzw. zu berücksichtigen (siehe Kap. A.3).

<sup>278</sup> bei ein und denselben Trägerverband bzw. -verein

Eine institutionenübergreifende integrierte Behandlungsplanung mit standardisierter Dokumentation - speziell für psychiatrische PatientInnen mit einem hohen Bedarf an komplexer Mehrfachbetreuung - fehlt bislang. Einzig durch Zuweisungs-, Entlassungsschreiben, Fallkonferenzen und Mehrfachbetreuung durch ein und denselben Trägerverband/-verein bzw. ein und derselben professionellen Betreuungsperson erfolgt das Schnittstellenmanagement zwischen den einzelnen Diensten und Einrichtungen.

### **D.1.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung**

Die im Folgenden formulierten Empfehlungen für die Weiterentwicklung in der Planung, Steuerung und Koordination der psychiatrischen Versorgungsleistungen ergeben sich aus der Analyse der im vorangegangenen Abschnitt dargestellten derzeitigen Strukturen unter Anwendung der in Kapitel A.2 beschriebenen Leitlinien, insbesondere jener zur integrierten psychiatrischen Versorgung (Leitlinie 6), zur Anwendung des Subsidiaritätsprinzips (Leitlinie 7), zur Beteiligung aller relevanten Interessensgruppen am Planungsprozess (Leitlinie 8), zu Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leitlinie 11) und zur strukturellen Verankerung der Planung.

---

<sup>279</sup> bei verschiedenen Trägerverbänden bzw. -vereinen

**Im Gegensatz zur bisherigen *top-down*-Darstellung der derzeitigen Steuerungs- und Koordinations-Struktur in der psychiatrischen Versorgung wird nun bei den Empfehlungen für die Weiterentwicklung eine *bottom-up*-Modellierung angewandt, um - im Sinne des Personenzentrierten Ansatzes - hervor zu streichen, dass die Hilfebedarfe auf der Klienten-Versorgungsebene die Grundlage für Kooperations- und Steuerungsmaßnahmen auf den übergeordneten Ebenen liefern sollten.**

#### **D.1.2.1 Klienten-Ebene: Personenzentrierte Hilfeleistungen sowie Fallkonferenzen**

Art und Ausmaß der nötigen Koordinationsleistungen auf der Klientenebene sind in Abhängigkeit zur Vielfalt und Komplexität des individuellen Hilfebedarfs zu sehen. Bei der Einschätzung dieses Hilfebedarfs spielt neben der Erstellung einer psychiatrischen Diagnose nach den gängigen ICD-10-Leitlinien auch eine individuelle Hilfeplanung nach dem Schema der Individuellen Behandlungs- und Hilfeplanung (IBRP) aus den Personenzentrierten Hilfen<sup>280</sup> eine entscheidende Rolle.

Als hypothetisches Unterscheidungskriterium hinsichtlich der daraus resultierenden Gestaltung der Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen und deren Koordinationsbedarf kann die Vielfalt bzw. die Komplexität der benötigten Hilfen herangezogen werden. So können einerseits Maßnahmen im Rahmen einer *Standardbetreuung* und andererseits gebündelte Maßnahmen in Rahmen einer *Mehrfachbetreuung* unterschieden werden.

Auf der hier beschriebenen Klienten-Ebene bestimmen hauptsächlich die vorgeschalteten Zuweisungsprozesse - und somit die jeweilige Zugangspforte („point of entry“) in das psychiatrische Versorgungssystem - die Art und Weise der Hilfeplanung und des Ausmaßes der begleitenden Koordinationsmaßnahmen. Gerade dabei kommt den Ärzten für Allgemeinmedizin und den spezialisierten Fachärzten für Psychiatrie (Neurologie) eine „gate-keeper“-Funktion zu. Denn für jene PatientInnen, die ergänzende psychiatrische und soziale Maßnahmen benötigen und nicht mit dem Standardangebot auskommen, erhöht sich auch der Koordinationsaufwand, der zumeist die Standardkapazitäten des niedergelassenen ärztlichen Bereichs übersteigt.

---

<sup>280</sup> Volker Kauder, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2001

Bisher übernahmen die Landesnervenkliniken in einer substituierenden Weise diese Komplexitätsbewältigung, jedoch mit dem großen Nachteil der Lebensfeld*ferne*, die eine Integration erschwert und die Lebensuntüchtigkeit noch verstärkt. Die folgenden Empfehlungen konzentrieren sich deshalb auf Optimierungsmöglichkeiten bei der Gestaltung der komplexen Mehrfachbetreuungen bei jenen PatientInnen, für die die Vorgangsweisen innerhalb der Standardangebote aufgrund der Vielfalt der Hilfen und des erhöhten Koordinationsbedarfs nicht ausreichend erscheinen. Eine detailliertere Übersicht zu den Kernelementen einer individuellen Hilfeplanung findet sich im Anhang<sup>281</sup>.

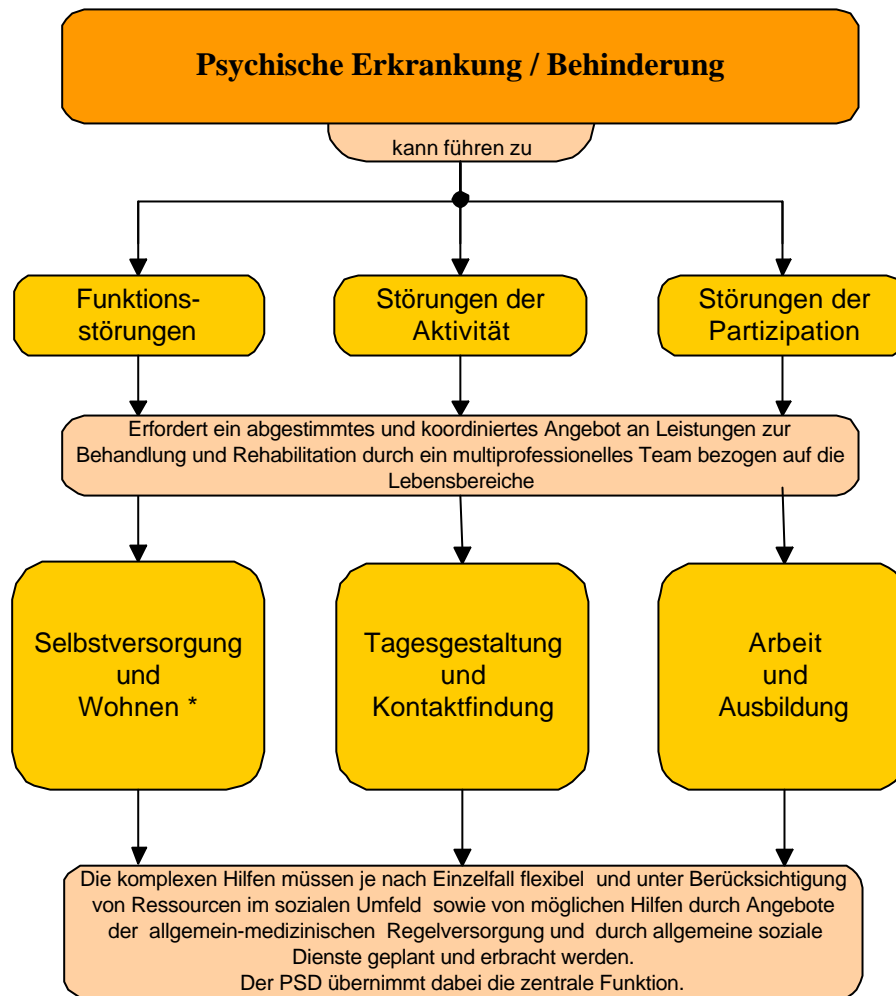
Eine individuell abgestimmte Hilfeplanung und Sicherstellung der Hilfen in einer koordinierten Weise ist in einer subsidiären Weise speziell für jene Personen von zentraler Bedeutung, deren psychische Erkrankung schon zu komplexen Störungen und Behinderungen geführt hat bzw. bei denen solche komplexen Krankheitsfolgen abzusehen sind. Welche Aspekte dabei im Speziellen zu berücksichtigen sind und welche integrierten Handlungsweisen anzuwenden sind, wird im Kapitel B.3.1 ausführlich behandelt. Die folgende Abbildung 2 zeichnet dieses Modell der Krankheitsfolgen und der daran geknüpften Behandlungserfordernisse schematisch nach<sup>282</sup>.

---

<sup>281</sup> Eine detaillierte Darstellung zur Erstellung der individuellen Hilfepläne findet sich im Anhang

<sup>282</sup> übernommen und adaptiert von der CD-Rom: *ibrp* – Individuelle Behandlungs- und Rehaplanung. Offline-HTML-Version. Fachhochschule Fulda / Aktion Psychisch Kranke, 5/2003

Abbildung 2



\* inklusive psychiatrische Grundversorgung

In dem hier empfohlenen Modell stellt die Festlegung einer zentralen Verantwortlichkeit für eine integrierte individuelle Hilfeplanung der komplexen Mehrfachbetreuungen sowie für die koordinierte Sicherstellung der Hilfeleistungen einen kritischen Erfolgsfaktor dar. In Niederösterreich sollte der PSD nach dem Modell eines „intensiven Case-Managements“ diese zentrale Funktion für jene Personen verpflichtend übernehmen, bei denen die psychische Erkrankung vielfältige und länger andauernde bzw. oft wiederkehrende Beeinträchtigungen und Störungen in der Aktivität bzw. Partizipation zur Folge hat. Eine genauere Erläuterung dieser individuellen Hilfeplanung ist in Kap. B.2.3 und B.3.1 enthalten.

Die *PSD-Fallkonferenz* stellt dabei das zentrale Instrument für eine umfassende individuelle Problemanalyse und Hilfeplanung dar. Dabei wird vom jeweils zuständigen PSD-Team im Bezirk - unter Berücksichtigung aller verfügbaren Informationsquellen - gemeinsam mit dem Klienten und relevanten Bezugspersonen - ein erster Hilfeplan erstellt, im Verlauf dessen alle Funktions-, Aktivitäts- und Partizipationsstörungen festgestellt und die daraus resultierenden Hilfeerfordernisse in Form eines integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans funktional beschrieben werden.

#### **D.1.2.2 Institutionen-Ebene: Organisations- und Kooperationsmaßnahmen sowie Sektorkonferenz**

Zur praktischen Umsetzbarkeit der - auf der Klienten-Ebene erstellten - integrierten Hilfepläne müssen nun in einem zweiten Schritt auf der Institutionen-Ebene die für die konkreten individuellen Hilfeleistungen notwendigen institutionellen Hilfeangebote nach ihrer Eignung hinsichtlich der konkreten individuellen Hilfeleistungen ausgewählt und koordiniert werden.

Zur Optimierung einer zielgeleitete Auswahl und Zusammenstellung der individuell benötigten Hilfeangebote sollten sich in jedem Sektor MitarbeiterInnen aus allen versorgungsrelevanten Diensten und Einrichtungen unter einem gewählten Vorsitz (z.B. PSD) zur *Sektorkonferenz* zusammenschließen. Eine Einbindung von VertreterInnen der Betroffenen und der Angehörigen sollte hier ebenfalls stattfinden. Welche Vorgangsweise dabei gewählt wird - ob z.B. ein ständiger Betroffenen-Angehörigen-Beirat eingerichtet wird oder jeweils die betreffenden PatientInnen eingeladen werden - sollte in der praktischen Umsetzungsphase erprobt werden.

Die Aufgaben der Sektorkonferenz wären, die Planungs- und Umsetzungs koordinationen in einer systematischen und nachvollziehbaren (Dokumentation) Weise durchzuführen. Dabei kann einerseits - in besonders komplexen Einzelfällen - die Vielfalt der benötigten Hilfeleistungen neuerlich überprüft und auf geeignete Leistungsanbieter aufgeteilt werden, und andererseits können die dokumentierten Verlaufsergebnisse für präzise Bedarfs- und Angebots-Analysen aufbereitet werden.

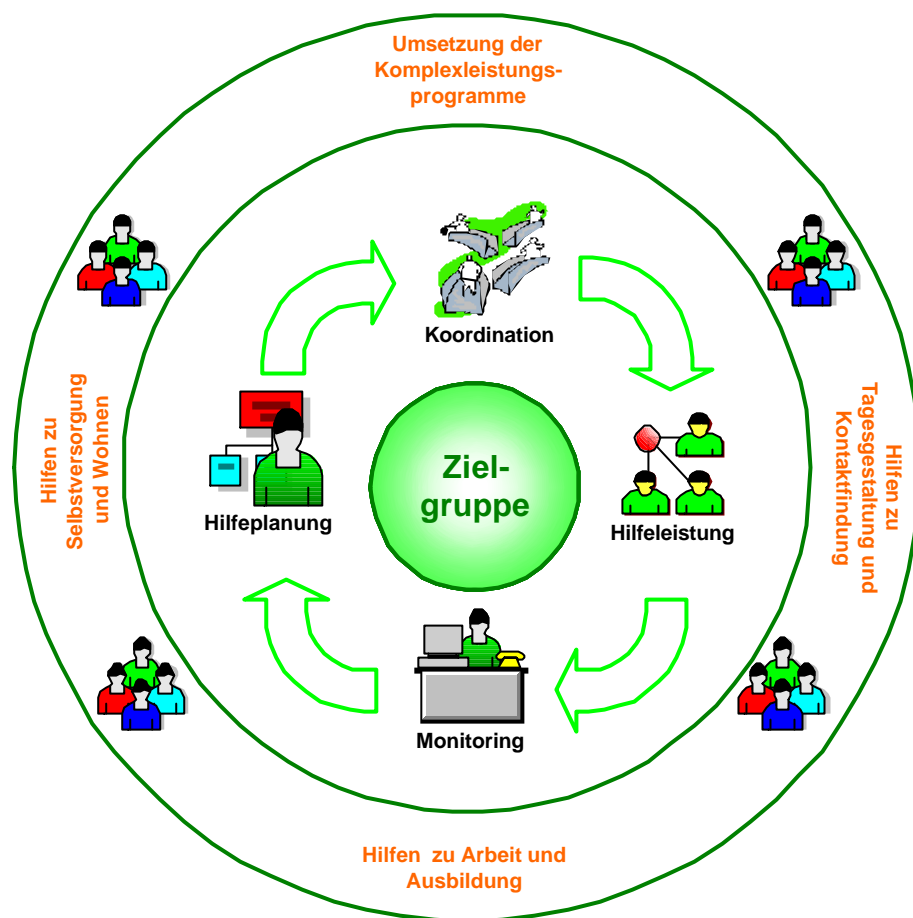
Die Sektorkonferenz sollte sich zu diesem Zweck eine Geschäftsordnung geben, in der Zielsetzung, Aufgaben, Zusammensetzung der Mitglieder und Arbeitsorganisationsablauf mit den Strukturfordernissen in Abstimmung mit dem Psychiatriebefragten festgelegt werden.

Der PSD hätte dabei die zentrale Aufgabe inne, die Umsetzung und laufende Anpassung der - auf der individuellen Klientenebene erstellten - Hilfepläne sicherzustellen. Der in Abbildung 3 skizzierte Regelkreis verdeutlicht die für diese Aufgabe verknüpften Hauptprozesse von Hilfeplanung - Koordination - Hilfeleistung - Monitoring. Bei der Umsetzung dieser individuellen Komplexleistungsprogramme sind in einer koordinierten Weise alle verfügbaren relevanten Dienste und Einrichtungen einzubinden, sowohl die spezialisiert-psychiatrischen wie auch die allgemein-medizinischen und die der sozialen Wohlfahrt.

In der Praxis könnte das so organisiert werden, dass sich die MitarbeiterInnen des zuständigen PSD gemeinsam mit den verfügbaren Leistungserbringern in den Bezirken/Sozialspiegeln regelmäßig treffen, um folgende Aufgaben zu bearbeiten:

- Umsetzung der Komplexleistungserbringung auf der Grundlage der erstellten individuellen Hilfepläne
- Verteilung und Koordination der Aufgaben zur individuellen Behandlung und Rehabilitation an geeignete Leistungserbringer
- Kontinuierliche Erfassung der dokumentierten Ergebnisqualität (Outcome-Monitoring) und Durchführung erforderlicher Anpassungen der individuellen Hilfepläne, je nach Ergebnissen der bisherigen Hilfemaßnahmen und Erfordernissen der fluktuierenden Erfordernisse
- Aufbereitung der Outcome-Daten aus den individuellen Verlaufsdocumentationen zu einer Informationsdatenbank über Quantität und Qualität der verfügbaren Versorgungsangebote bzw. über fehlende Angebote (Bedarfs- und Angebotseinschätzung) im jeweiligen Sektor
- Initiierung der notwendigen Schritte auf der regionalen Verbundebene zur Planung, Realisierung und Restrukturierung von bedarfsgerechten Versorgungsangeboten

Abbildung 3



Sollten bei der integrierten Hilfeplanung auch sektorübergreifende Kooperationen notwendig werden - aus Gründen fehlender bzw. mangelhafter Sektorangebote, bei einer geplanten Übersiedelung seitens des Klienten oder bei Klientinnen, die Grenzgebiete des Sektors bewohnen bzw. von sich aus Angebote in anderen Sektoren nutzen wollen - dann sollte die nächste Ebene der regionalen Kooperation eingeschaltet werden.



### **D.1.2.3 Steuerungsebene: Regionale und überregionale Steuerung sowie Regionalkonferenz<sup>283</sup>**

Die Ablauforganisation auf dieser Ebene beinhaltet die regionalen und überregionalen Steuerungsprozesse und -mechanismen, durch deren Anwendung eine effektive wie auch effiziente Gesamtversorgung gewährleistet werden kann. Zusammenfließen könnte die derzeit bestehende Vielfalt an Teilprozessen zur operativen psychiatrischen Versorgungssteuerung im interaktiven Sammelpunkt einer Regionalkonferenz.

Die *Regionalkonferenz* sollte sich aus VertreterInnen aller relevanten Interessensgruppen („Stakeholder“) aus den psychiatrischen und benachbarten Versorgungsbereichen der Region zusammensetzen. Konkret wären das VertreterInnen aus der psychiatrischen Abteilung am Krankenhaus, dem Not- und Krisendienst, der niedergelassenen FachärztInnen und AllgemeinärztInnen, der niedergelassenen PsychotherapeutInnen, der Angehörigen- und Selbsthilfevereinigungen, der Psychosozialen Dienste, der Sozialmedizinischen und sozialen Betreuungsdienste, der Träger von Diensten und Einrichtungen in den Bereichen Selbstversorgung und Wohnen, Tagesgestaltung und Kontaktfindung sowie Arbeit und Ausbildung, der für die jeweilige Region zuständigen spezialisierten Kompetenzzentren, der Sachwalterschaft, der Patientenanwaltschaft, der Gesundheits- und Sozialbeiräte.

Die Regionalkonferenz trifft sich in regelmäßigen Abständen, verfügt über ein ständig besetztes Büro, in dem regionale Informationen über Dienste, Einrichtungen, Inanspruchnahme etc. gesammelt, bearbeitet und an alle versorgungsrelevanten Personen weitergeleitet werden. Grundlage für diese Informationsaufbereitung sind die aggregierten Daten der individuellen Hilfepläne und deren Evaluationen durch die Sektorkonferenzen. Eine davon abgeleitete Kernaufgabe der Regionalkonferenz stellt die Erarbeitung und Weiterentwicklung von regionalen Qualitätsindikatoren und -standards sowie integrierter Dokumentationssysteme dar. In einem weiteren Schritt sollten dann diese regionalen Ergebnisse durch die - im Folgenden beschriebene - Psychiatrieplanungsagentur einer ganzheitlichen Abstimmung zugeführt werden. Als Produkte dieser kontinuierlichen Qualitätsverbesserung könnten einerseits einheitliche Qualitätsstandards hinsichtlich Versorgungsleistungen und Leistungsdokumentation und andererseits fundierte

---

<sup>283</sup> Die Regionalkonferenzen ersetzen die - im NÖP95 so genannte - psychosoziale Arbeitsgemeinschaften

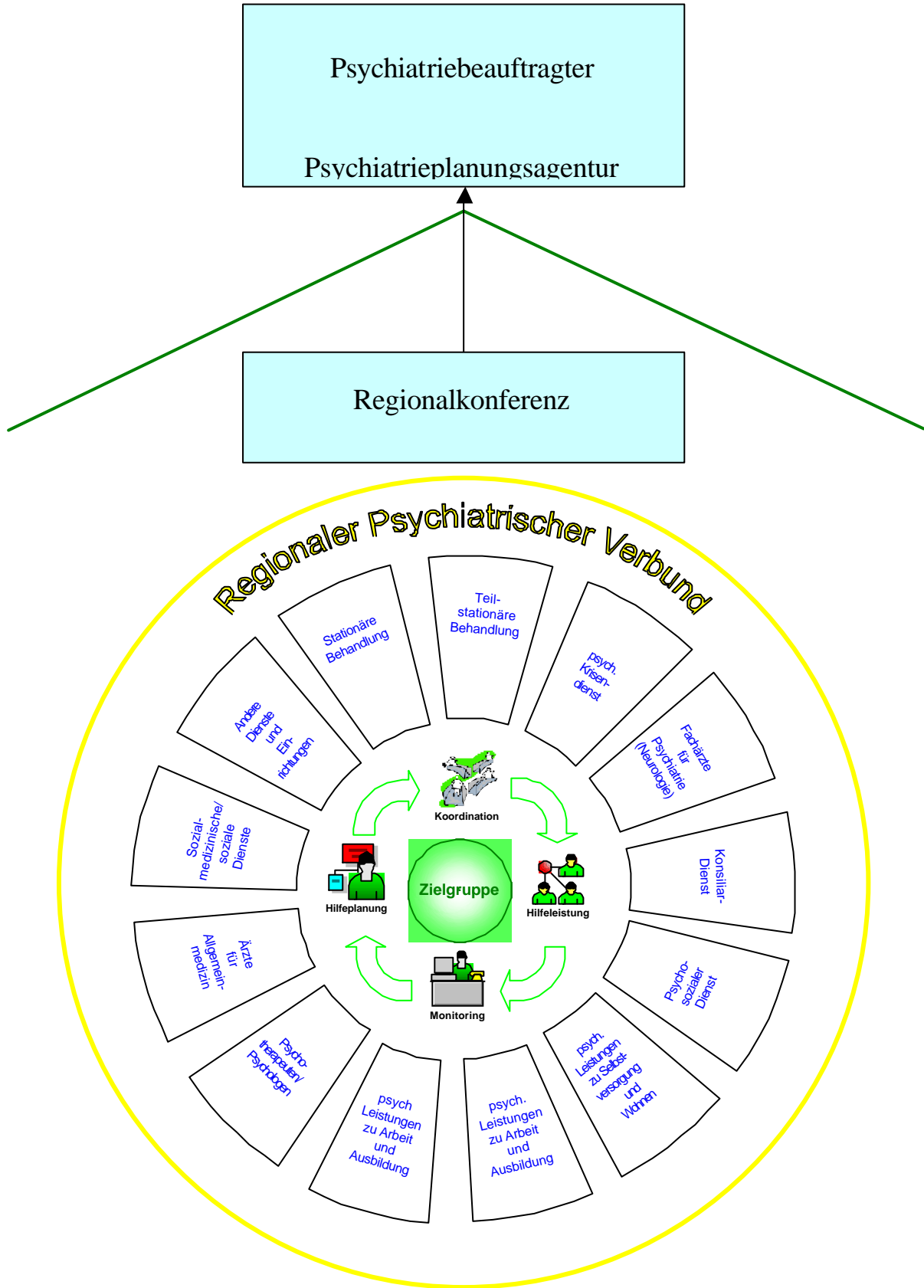
Entscheidungsgrundlagen für politische Entscheidungsfindungen hinsichtlich Teilversorgungsfragen hervorgehen. Im Sinne einer synergetischen Ressourcennutzung wäre es denkbar, innerhalb der sieben Psychiatrieregionen in jeweils einer der vorhandenen PSD-Niederlassungen die hier empfohlene Regionalkonferenz strukturell einzurichten.

Die Regionalkonferenzen sollten vom Landes-Psychiatriebefauftragten bzw. einer delegierten Person aus den Reihen der Psychiatrieplanungsagentur geleitet und koordiniert werden. Damit können schlussendlich die strukturelle Verknüpfung mit der Psychiatrieplanungsagentur auf der Landesebene und die Überbrückung zwischen operativer Versorgungsebene und strategischer Steuerungsebene auf der Grundlage von konkreten regionalen Versorgungsdaten gewährleistet werden. Bei einer entsprechenden Restrukturierung des NÖGUS-Bereich Soziales könnte diese Steuerungsfunktion innerhalb der sieben Psychiatrieregionen von diesem wahrgenommen werden.

Mit der Übernahme dieser Funktionen übernehmen die Regionalkonferenzen somit die zentrale Koordinationseinheit für den Aufbau und den Weiterentwicklung eines *Regionalen Psychiatrischen Verbunds*.

Der *Regionale Psychiatrische Verbund* (RPV) wird hier als integratives Modell für die interaktive Verknüpfung aller Strukturen und Prozesse auf den drei dargestellten Ebenen der psychiatrischen Versorgungsorganisation vorgeschlagen. In der angeschlossenen Abbildung 4 wird sein Organisationsaufbau skizziert. Daran ist zu erkennen, dass der schon bei der Sektorkonferenz gezeichnete Funktions-Regelkreis als Dreh- und Angelpunkt wieder im Mittelpunkt steht, allerdings werden in ihm auf der regionalen Verbundebene die Ergebnisse aller Sektorkonferenzen der jeweiligen Region zusammengeführt.

Abbildung 4



Der RPV besitzt folgende Aufgabenbereiche<sup>284</sup>:

**Verpflichtung zur zeitgerechten und angemessenen Versorgung für alle Personen einer nach Art der Krankheit/Behinderung sowie regional definierten Zielgruppe.**

**Sicherstellung der Leistungserbringung von integrierten Behandlungs-, Rehabilitations- und Eingliederungsprogrammen**

**Weiterentwicklung des Leistungsspektrums und Qualitätsverbesserung sowie Differenzierung der Hilfen in Anpassung an den Bedarf und die Ressourcen.**

Der RPV ist ein Zusammenschluss aller Anbieter der psychosozialen Versorgung in einer Region und hat die Optimierung der Versorgung von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen zum Ziel. Und das in Besonderen für jene betroffenen Personen, die von sich aus nicht in der Lage sind, die erforderlichen Hilfen in Anspruch zu nehmen bzw. für ihre komplexen Erfordernisse zu koordinieren.

Das Leistungsangebot des Verbundes soll die wichtigsten Basiserfordernisse einer umfassenden psychiatrischen Versorgung sicherstellen und somit alle benötigten Versorgungsleistungen in einer personenzentrierten vorhalten und koordinieren (siehe Abbildung 4).

*Der Weg zu einem RPV kann realistischweise nur über gut geplante und zielgerichtete*

---

<sup>284</sup> Autorengruppe Peter Kruckenberg et al.: Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Bd.1, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 1999

Teilschritte erfolgen. Für diese induktive Organisationsentwicklung können die oben dargestellten drei Interaktionsebenen der Versorgungsorganisation als Meilensteine herangezogen werden<sup>285</sup>:

**Klientenbezogene Kooperation** auf der Klienten-Ebene durch Zusammenarbeit der für den Klienten zuständigen psychiatrischen Fachkräfte zur Aufstellung und Durchführung Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationspläne im Rahmen der

**Einrichtung verbindlicher Kooperationsstrukturen durch verlässliche Absprachen** auf der Institutionen-Ebene durch regelmäßige klientenbezogene Kooperationstreffen, im Rahmen der Sektor-Konferenzen.

**Vertragliche Kooperationsvereinbarungen zwischen den Leistungsanbietern** auf der regionalen Steuerungs-Ebene, in denen - im Rahmen der Regional-Konferenz - neben den Regelungen zur klientenbezogenen Kooperation die verbindliche Versorgungsverpflichtung und die Abstimmung der Angebote

**Bildung eines vertragsfähigen Trägerverbundes** mit verbindlicher Geschäftsordnung und fachlicher wie administrativer Leitung als Vertragspartner für die Leistungsträger.

#### D.1.2.4 Psychiatriebeauftragter und Psychiatrieplanungsagentur

Um das hier entworfene Netzwerk-Szenario mit interaktiven Verknüpfungen auf den drei Ebenen der integrierten Klientenversorgung, der institutionellen Kooperation sowie der übergeordneten Steuerung aufzubauen und laufend zu verbessern, bedarf es eines zentralen treibenden Promotors. Es ist die Aufgabe des/der *Psychiatriebeauftragten*, diese Rolle einzunehmen und aus einer fachlichen wie auch aus einer prozessorientierten Perspektive heraus die notwendigen Entwicklungs- und Umsetzungsmaßnahmen zu setzen. Seine/ihre Aufgabe ist es weiters, die Regionalkonferenz zu organisieren und die dort

---

<sup>285</sup> In adaptierter Form übernommen aus: Volker Kauder AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2001

zusammenfließenden Informationen aus der Klienten-Versorgungsebene aufzubereiten, auszuwerten und den übergeordneten Gremien für strategische Steuerungsaufgaben zur Verfügung zu stellen.

Für die ordnungsgemäße Aufarbeitung all dieser Aufgaben bedient sich der/die Psychiatriebeauftragte einer *Psychiatrieplanungsagentur*. In dieser Psychiatrieplanungsagentur sollten im Sinne eines Kompetenz- und Servicezentrums alle Bedarfs- und Angebotsdaten in vernetzten Datenbanken gesammelt werden und für regionale Detail- und Umsetzungsplanungen zur Weiterentwicklung und Optimierung der psychiatrischen Versorgung aufbereitet werden. Auf diese Weise sind Begleitevaluationen von Modellprojekten und eine kontinuierliche Globalevaluation der planmäßigen Umsetzung des Psychiatrieplans prozessbegleitend und zeitgerecht möglich.

Die wichtigsten Aufgaben des Psychiatriebeauftragten und der Psychiatrieplanungsagentur können folgendermaßen zusammengefasst werden:

- Ausarbeitung von Detailplanungen, Machbarkeitsstudien und Modellprojektstrukturplänen auf der Grundlage der NÖ Psychiatrieplan-Evaluation 2003
- Schrittweise Umsetzung des Konzepts der personenzentrierten Versorgung in allen Psychiatrieregionen, insbesondere aber
  - Einleitung und Gestaltung der Neukonzeptualisierung des PSD für seine zukünftige Funktion als zentrale Drehscheibe für die ganzheitliche Versorgung aller Personen mit hohem komplexem Hilfebedarf in der jeweiligen Versorgungsregion
  - Bildung von psychosozialen Regionalkonferenzen unter eigener koordinierender Leitung zur kontinuierlichen Abstimmung von Bedarf und Angebot der psychosozialen Leistungen in der jeweiligen Region
  - Planung und stufenweise Umsetzung eines Organisationsentwicklungskonzepts zur Implementierung von regionalen psychosozialen Verbänden
  - Aufbau einer einheitlichen Bedarfs- und Angebotsberichterstattung als objektive Entscheidungsgrundlage für Ausbau-, Umbau- und Rückbaumaßnahmen in der Gesamtstruktur der psychiatrischen Versorgung,

inklusive der damit einhergehenden Finanzierungs- und Investitionsaufwendungen

- Einsetzung einer fachkompetenten Psychiatrieplanungsagentur mit Geschäftsordnung und -einteilung, die dem Psychiatriebeauftragten zur Erfüllung seiner Aufgaben dient und folgende Arbeitsaufgaben übernehmen sollte:
  - Entwicklung und Implementierung eines standardisierten IT-Systems zum Zweck der Leistungs- und Outcome-Dokumentation, in Zusammenarbeit mit allen relevanten psychiatrischen und psychosozialen Diensten und Einrichtungen
  - Aufbau und Wartung einer Online-Datenbank für eine dynamische Modellierung aller relevanten Versorgungsstrukturen und -prozesse, anhand derer sich Entwicklungstrends hinsichtlich Versorgungsbedarf und Weiterentwicklung ableiten lassen
  - Regelmäßige Beobachtung und Berichterstattung über den Stand der planmäßigen Umsetzungen, über erreichte Bedarfsdeckungen bzw. noch zu deckende Bedarfe und über regionale Bedarfsschwankungen
  - Ausarbeitung von bedarfsgerechten dynamischen Normkostenmodellen, anhand derer sich Finanzierungs- und Investitionsvolumina sowohl für Versorgungsteilaspekte als auch für die Gesamtversorgung ableiten lassen

Die hier empfohlene Aufgabenbeschreibung stellt eine Weiterentwicklung der Aufgabenbeschreibung im NÖP95 dar und deckt sich im Wesentlichen mit jenen, die laut NÖ Gesundheits- und Sozialfonds-Gesetz der Geschäftsführung für den Bereich Soziales zugeschrieben werden. Hier sollte aber auch berücksichtigt werden, dass es die eigentliche Kernaufgabe des Landesfonds ist, eine möglichst kostendämpfende Steuerung des Versorgungsangebots durchzuführen. Diese vorrangige Ausrichtung nach Effizienzkriterien könnte gerade in beim Vorliegen von budgetären Engpässen/Disparitäten im Gesundheitswesen mit einer Hintanstellung fachspezifischer Detailkonzeptualisierungen zur Effektivitätssteigerung der psychiatrischen Versorgung einhergehen. Um dieser Gefahr optimal zu begegnen, wäre der Einsatz von ergänzenden Fachpromotoren eine sinnvolle Ergänzung. Ob stattdessen oder ergänzend noch die Errichtung eines so genannten Landespsychiatriebeirats als beratendes Fachgremium in Erwägung zu ziehen ist, hängt davon ab, inwieweit NÖGUS-S zukünftig durch entsprechende Fachkompetenz- und Personalstrukturerweiterungen diese hier empfohlenen Aufgabenstellungen selbst zu

übernehmen imstande sein wird oder anderenfalls eben ein zusätzliches Personengremium für diese Funktionen herangezogen werden müsste.

#### **D.1.2.5 Weitere Aspekte einer integrierten psychiatrischen Versorgung**

##### **Integration der Selbsthilfe in das Versorgungssystem**

Sowohl in allen Behandlungs- und Betreuungsprozessen als auch in den Belangen der Planung und Steuerung der Versorgung und deren bedarfsgerechter Weiterentwicklung wird die Selbsthilfe immer bedeutender. Das macht einerseits die strukturelle Einbindung von Vertretern der Selbsthilfe in alle wesentlichen Bereiche der Planung, Steuerung und Koordination der psychiatrischen Versorgung immer dringlicher. Psychiatrie-Betroffene und Angehörige sind deshalb in allen oben beschriebenen Gremien und Prozessen gleichberechtigt zu beteiligen.

Andererseits wird das eigene Versorgungsangebot der Selbsthilfe auch immer versorgungsrelevanter. Zur Stützung dieser Prozesse ist die Sicherstellung der Kontinuität und Planung erforderlich, was nur mit angemessenen Finanzierungsformen für die Selbsthilfeorganisationen erreicht werden kann<sup>286</sup>.

##### **Qualitätsmanagement in der psychiatrischen Versorgung**

Seit Erscheinen des NÖP95 hat sich die Forderung nach qualitätssichernden Maßnahmen in allen Bereichen der psychiatrischen Versorgung durchgesetzt. Dem wird sowohl in den diversen relevanten Berufsgesetzen als auch in den leistungs- und finanzierungsrechtlichen Grundlagen in einer mehr oder weniger elaborierten Weise entsprochen. Nicht zuletzt durch die Leistungsorientierung in der Finanzierung (LKF-System) der Krankenanstalten werden standardisierte Strukturqualitätskriterien und Leistungserfordernisse immer mehr zu den eigentlichen kritischen Erfolgsfaktoren erhoben. Im Bereich der Ergebnisqualität hinkt die Entwicklung noch etwas nach, weil gerade in der psychiatrischen Versorgungspraxis eine Festlegung von aussagekräftigen, nachvollziehbaren und messbaren Outcome-Indikatoren



wegen ihrer Multidimensionalität bis jetzt nur sehr begrenzt möglich war. Zudem muss noch berücksichtigt werden, dass Qualitätsanforderungen und -indikatoren nicht mehr allein fachlich zu definieren sind, sondern durch die Sichtweise der Psychiatrie-Betroffenen und ihrer Angehörigen - mit oft ganz anderen Erwartungen an eine gute Qualität - eine wesentliche Ergänzung finden müssen. Gerade der - in dieser Evaluation mehrmals empfohlene - Prozess der individuellen Hilfeplanung<sup>287</sup> - ist für die Outcome-Messung von zentraler Bedeutung. Dabei wird - unter Einbeziehung der Betroffenen selbst und möglichst aller relevanten professionellen und privaten Bezugspersonen aus den Bereichen der Selbstversorgung (inklusive psychiatrische Grundversorgung), Tagesgestaltung und Kontaktfindung sowie Arbeit und Ausbildung (siehe Kap. B.3.1) - eine gemeinsame Zielsetzung erarbeitet, an der sich dann letztlich das Ergebnis der folgenden Behandlungs- und Betreuungsleistungen misst. Bei der komplexen Beurteilung der Ergebnisqualität sollten somit Indikatoren hinsichtlich Funktionsstörungen (Symptomatik), Störungen der Aktivität, Störungen der Partizipation, Lebensqualität, Hilfebedarf, Inanspruchnahme von Diensten, Nutzerzufriedenheit sowie Kosten Berücksichtigung finden.

Insbesondere die individuelle Hilfeplanung bei Mehrfachbetreuungen von Personen mit einem komplexen Hilfebedarf deutet auf die Notwendigkeit hin, dass neben den organisationsinternen Qualitätsentwicklungsmaßnahmen der einzelnen Dienste und Einrichtungen auch die Festlegung und Einführung organisationsübergreifender Qualitätsindikatoren und -standards immer mehr an Bedeutung gewinnen werden. Die Wichtigkeit der so genannten „Nutzerbeteiligung“ bei der Qualitätseinschätzung geht damit gleichlaufend einher, weil es schlussendlich die „Nutzer“ selbst sind, an die diese Gesamtheit an personenzentrierten Maßnahmen adressiert sind, und wo sie in einer synergetischen Weise zusammenwirken sollen.

Bei der Erarbeitung von einrichtungsübergreifenden Qualitätsindikatoren in einem Versorgungsverbundsystem ist naturgemäß mit gewissen Stolpersteinen aufgrund von divergenten Auffassungen zwischen verschiedenen Diensten und Einrichtungen, aber auch zwischen den beteiligten Berufsgruppen zu rechnen. Durch die Miteinbeziehung der direkten

---

<sup>286</sup> Reinhard Peukert: Die Zukunft der Psychiatrie in Deutschland. Vorschläge des Arbeitskreises zur Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Psychosoziale Umschau 3/2003, S. 23-25

<sup>287</sup> siehe auch Anhang „Individuelle Hilfeplanung“

Nutzer - also der Betroffenen selbst und deren Angehöriger - wird dieses Kräftespiel zusätzlich dynamisiert.

Der Psychiatrieplanungsagentur mit dem Psychiatriebeauftragten kommt in diesem Entwicklungsprozess eine tragende Rolle zu. Sie könnten zukünftig durch den - in diesem Abschnitt empfohlenen - stufenweisen Netzwerkaufbau der Steuerungsebenen auf Ergebnisse aus den individuellen Hilfeplanungen und -umsetzungen auf der Klienten-Ebene zurückgreifen, die vorher in den Regionalkonferenzen (siehe obige Aufgabenbeschreibung) hinsichtlich ihrer Übereinstimmung zwischen Hilfebedarf und Leistungserbringung (Nachfrage und Angebot) analysiert und bewertet wurden. Zusätzlich würde die Psychiatrieplanungsagentur auf diesem Weg die Grundlagen für eine Vereinheitlichung von Qualitätsindikatoren und -standards erhalten, die schlussendlich zu einem leistungsorientierten Dokumentationssystem zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung führen könnten.

In einem solchermaßen umfassenden Qualitätsmanagementsystem sollten sich die Leitlinien dieser Evaluationsarbeit (siehe Kap. A.2) widerspiegeln und Qualitätsindikatoren insbesondere in folgenden Leistungsdimensionen erarbeitet werden:

- Personenzentrierte Hilfeplanung und Umsetzung der Hilfen (siehe Kap. A.1.2, B.2.3.6, Kap. B.3.1.3.1 und Anhang IHP)
- Personalmanagement (siehe Kap. D.2)
- Organisationsentwicklung (siehe vorliegendes Kapitel und Kap. D.2)
- Betroffenen- und Angehörigen-Mitwirkung (siehe Kap. B.3.2)
- Gemeinwesenorientierung (siehe Kap. A.1.2 Leitlinie 2 und Leitlinie 6)

Durch die hier aufgelisteten Aspekte wird der thematische und praktische Vernetzungscharakter zwischen Qualitätsmanagement, Organisations- und Personalentwicklung deutlich. Für ein Gelingen von Umsetzungsschritten - gemäß der in dieser Evaluation empfohlenen Gesamtkonzeptualisierung sind strukturell verankerte Begleitmaßnahmen notwendig, die von der Psychiatrieplanungsagentur - in Zusammenarbeit mit den Regionalkonferenzen - entwickelt, organisiert und koordiniert werden sollten. Dabei sollten die Kooperationen mit kompetenten Partnern aus dem verfügbaren einschlägigen

Bildungssektor genutzt werden. Eine viel versprechende diesbezügliche Möglichkeit bietet sich durch die kürzlich festgelegte Kooperation zwischen NÖGUS und der Donau-Universität (siehe auch Kap. D.2).

## Zukünftige Ausblicke

Die Implementierung von integrierten Anbietersystemen - die ihren historischen Ursprung in den amerikanischen „Managed-Care-Organisationen“ haben - war und ist mit der Zielsetzung verbunden, alle im System der Gesundheitsversorgung beteiligten Leistungsanbieter und Interessensgruppen zu koordinieren und ihnen - in Übereinstimmung mit ihren Zielen - die medizinische und wirtschaftliche Verantwortung zu übertragen. Im Idealfall werden auf diese Weise die Patienten durch ein komplettes, alle Behandlungs- und Rehabilitationsaspekte umfassendes Versorgungssystem versorgt.<sup>288</sup> Auf dieser Zielsetzung basiert das hier empfohlene Modell des Regionalen Psychiatrischen Verbunds (RPV), das sich an dem Modell des Gemeindepsychiatrischen Verbunds anlehnt, das in Deutschland seit den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung im Jahr 1988 bis dato weiterentwickelt wurde und im Modell der Personenzentrierten Hilfen den organisatorischen Kernpunkt darstellt<sup>289</sup>. In Österreich kann als rechtliche Grundlage die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 2001 bis 2004 angesehen werden. Eine der darin vereinbarten Hauptzielsetzungen ist es, eine integrierte, aufeinander abgestimmte Planung aller Bereiche im Gesundheitswesen, insbesondere unter stärkerer Einbeziehung des niedergelassenen Bereiches, zu erreichen.

Für eine „vertikale Integration“ aller psychiatrischen Leistungserbringer in ein ganzheitliches Verbundsystem mit einheitlicher Unternehmensstruktur liegen die hemmenden Kräfte derzeit noch in der hohen Komplexität des Angebotes sowie in den unterschiedlichen Zielsetzungen und Interessenslagen der Leistungserbringer und Interessensgruppen.

Hingegen erscheint die „virtuelle Integration“ in ein vertraglich geregeltes Unternehmens-Netzwerk (Verbund) unter der Bedingung der Beibehaltung der rechtlichen Selbstständigkeit aller teilnehmenden Dienste und Einrichtungen vorerst als Zielsetzung realistischer. Dabei gestaltet sich die Teilnahme an dem Verbund freiwillig, und die jeweiligen Kooperationspartner behalten ihre Eigenständigkeit hinsichtlich finanzieller, unternehmensrechtlicher und Managemententscheidungen.

---

<sup>288</sup> Axel Mühlbacher: Integrierte Versorgung. Management und Organisation. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2002

<sup>289</sup> Die gesetzlichen Grundlagen für die praktische Umsetzung einer integrierten psychiatrischen Versorgung in Deutschland finden sich an den entsprechenden Stellen im aktuell gültigen SGB V und SGB IX.

## **Individuelle Hilfeplanung**

Diese folgende Zusammenfassung zur individuellen Hilfeplanung orientiert sich an dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan der Personenzentrierten Hilfen<sup>290</sup> und dient hier lediglich der beispielhaften Darstellung einer praktischen Vorgangsweise.

### **Erstellung von individuellen Hilfeplänen**

Die Erstellung individueller Hilfepläne umfasst u.a. folgende Module:

- Angestrebte Lebensform (Wohnform, Tages- und Wochengestaltung)
- Soziales Umfeld (wichtige soziale Kontakte)
- Problem- und Ressourcenanalyse (Art und Ausmaß von Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen) in den Bereichen
  - psychische Erkrankung und Behinderung
  - persönliche soziale Beziehungen
  - Selbstversorgung
  - Arbeit, Beschäftigung, Ausbildung
  - Tagesgestaltung, Freizeit, gesellschaftliche Teilhabe
- Ziele der Hilfen in den o.g. Bereichen
- Art und Ausmaß aktivierbarer nichtpsychiatrischer Hilfen in den o.g. Bereichen
- Art und Ausmaß erforderlicher psychiatrischen Hilfen in den o.g. Bereichen
- Zuständigkeiten für die Hilfeerbringung in den o.g. Bereichen

---

<sup>290</sup> Kauder, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2001

## *Koordination der individuellen Hilfepläne*

Darunter werden jene Prozesse verstanden, die die Umsetzung der individuellen Hilfepläne in Anpassung an die Entwicklung des Klienten und seiner sozialen Situation koordinieren. Kernelemente der Koordinationstätigkeit sind:

- Die Zusammenfassung der erforderlichen Unterstützungsleistungen zu individuellen Leistungskatalogen mit prospektiver Festlegung der individuell zu erbringenden Unterstützungsleistungen hinsichtlich Art, Ausmaß und Intensität;
- Die Festlegung der Zuständigkeiten für die Unterstützungserbringung;
- Das laufende Monitoring der Entwicklung des Klienten, der Entwicklungen und Veränderungen in seinem Lebensfeld sowie der individuellen Unterstützungserbringung;
- Die übergreifende Dokumentation der individuellen Hilfepläne im Sinne von Entwicklungs- und Verlaufsberichten, Leistungsdokumentationen, Lebensqualitäts-Analysen, etc.;
- Die fachliche Abstimmung und Vernetzung aller am Unterstützungsprozess beteiligten professionellen Dienste mit dem Ziel der Verknüpfung von Einzelleistungen zu einem abgestimmten komplexen Unterstützungsprogramm;
- Die laufende Evaluierung der individuellen Hilfepläne im Sinne der Verlaufskontrolle und Anpassung des Vorgehens.

## *Spezifische psychosoziale Unterstützungsleistungen*

Die psychosoziale Unterstützungsleistung bedeutet die Umsetzung der in den vorangegangenen Prozessschritten herausgearbeiteten individuell notwendigen Unterstützungsleistungen. Dabei sollen all jene Leistungen subsidiär vom PSD selbst erbracht werden, die durch die verfügbaren ambulanten Dienste nicht oder nicht ausreichend abgedeckt werden können. Diese Unterstützung setzt die kontinuierliche persönliche

Beleitung der Klienten im Lebensfeld voraus und beinhaltet einerseits die Koordination und andererseits die direkte Erbringung von Unterstützungsleistungen im Bedarfsfall.

#### *Ambulante psychiatrische Grundversorgung*

Darunter werden in erster Linie die Diagnostik, die therapeutische Begleitung und Beratung, die Psychopharmakotherapie und gutachterliche Stellungnahmen durch den PSD-Psychiater verstanden. Inhaltlich liegt der Fokus der psychiatrischen Grundversorgung in der Unterstützung zur Bewältigung und/oder Verminderung bzw. Beseitigung spezifischer Beeinträchtigungen und/oder Gefährdungen durch die psychische Erkrankung. Diese psychiatrische Grundversorgung sollte in jedem Fall mit einem niedergelassenen Psychiater akkordiert werden, denn als Ziel sollte möglichst die Übernahme des Patienten durch den niedergelassenen Psychiater angestrebt werden. Die enge Zusammenarbeit mit mobilen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen der lokalen Hauskrankenpflege sollte ebenfalls gesucht werden.

Für die vom PSD betreuten Patienten übernimmt dieser auch die Notdienstfunktion während der regulären Arbeitszeit, wenn ein niedergelassener Psychiater nicht verfügbar ist oder den PSD zu Hilfe ruft (Subsidiaritätsprinzip!).



# **Teil D**

## **Kapitel 2**

### **Finanzierung**

Übersicht

Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995

Evaluation 2003

D.2.1 Grundlagen der Finanzierung der psychiatrischen Versorgung

D.2.2 Derzeitige Finanzierungsstrukturen der psychiatrischen Versorgung  
Niederösterreichs

D.2.3 Überblick über die Anreizwirkungen innerhalb der  
Finanzierungsstrukturen und deren Folgewirkungen für  
die Versorgung

D.2.4 Finanzierungsmodelle

## D.2 Finanzierung

### Übersicht<sup>291</sup>

In diesem Kapitel werden die Verhältnisse der Finanzierung der psychiatrischen Versorgung zusammenfassend dargestellt. Dabei wird deutlich, dass es sich um in hohem Maße komplex und schwer durchschaubare Mechanismen handelt, die historisch gewachsen sind. Sie steuern außerdem in einer durch finanzielle Anreizsysteme stark beeinflussten Weise, die tatsächlich erbrachten Leistungen *nicht* immer im Sinne einer beitragsgerechten Leistungserbringung. Hier werden erstmals *alle* Finanzierungsmechanismen gemeinsam dargestellt.

Im Folgenden werden drei Themenbereiche behandelt; die Analyse der

- Finanzierungsflüsse und Kostenstrukturen in der psychiatrischen Versorgung,
- finanzielle Anreizsysteme für die Träger von Diensten und Einrichtungen
- Grundlagen für ein regionales Psychatriebudgetmodell

Im ersten Themenbereich werden die *Finanzierungsflüsse und Kostenstrukturen* im Bereich all jener Dienste und Einrichtungen untersucht, die Betreuung und Behandlung psychisch kranker Menschen in Niederösterreich durchführen. Dabei geht es um eine Differenzierung nach Trägern der Finanzierung, nach der Art der Finanzierung, und nach dem Ausmaß der Kostendeckung durch die verschiedenen Finanzierungsarten. Neben den klassischen Kernbereichen der Psychiatrie und der psychosozialen Versorgung sind auch Randbereiche zu berücksichtigen, wie praktische ÄrztInnen und nicht-psychiatrische FachärztInnen oder auch nicht-psychiatrische Abteilungen an Krankenanstalten. Desgleichen ist die Betreuung und Behandlung in nicht spezifisch für psychisch Kranke gewidmeten Einrichtungen im Sozialbereich (Pensionistenheime, etc.) sowie im speziellen und allgemeinen Beratungsbereich in der Untersuchung zu berücksichtigen.

Der zweite Themenbereich widmet sich der Analyse der Steuerungswirkung spezifischer Finanzierungsregelungen. Aufbauend auf der Darstellung der unterschiedlichen

---

<sup>291</sup> In diesem Abschnitt werden monetäre Werte derzeit noch in ATS ausgedrückt. Im Endbericht werden diese durch Euros ersetzt.

Finanzierungsformen sowie der Finanzierungsströme zwischen verschiedenen Trägern soll eine Analyse der daraus entstehenden *Anreizwirkungen* vorgenommen werden. Dies beinhaltet eine Untersuchung der Steuerungs- und Finanzierungswirkungen der vorhandenen Einrichtungen.

Im dritten Themenbereich werden schließlich die ökonomischen Grundlagen für ein *regionales Psychriatriebudgetmodell* erarbeitet. Im Rahmen dieses Modells würde jeder der sieben Psychiatrieregionen des NÖ Psychiatriepanes ein Globalbudget zugeteilt werden, über welches diese Regionen verfügen können. Der Projektteil umfasst Vorschläge für die Gestaltung alternativer Finanzierungsmodelle sowie eine Analyse der daraus entstehenden Steuerungsmechanismen. Dabei kann auch auf internationale Erfahrungen, insbesondere in den USA, in Deutschland (im Rahmen der personenzentrierten Hilfen), eventuell auch in GB und den NL, zurückgegriffen werden.

### **Aussagen des NÖ Psychiatriepanes 1995 (NÖP95)**

*Der NÖP95 nennt als Voraussetzung für die Umsetzung der genannten Leitlinien die Veränderung der Finanzierungsstrukturen in der Form der Schaffung eines regionalen Psychriatriebudgets, und zwar wie folgt:*

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

*Ausweg aus diesem Dilemma kann nur eine radikale Reform der Finanzierung der psychiatrischen Versorgung sein, in der nicht mehr von einer Institutionen-Verantwortung ausgegangen wird sondern von einer Verantwortung für eine Region. Von ausländischen Beispielen ist bekannt, dass in dem Moment, in dem einer definierten Region ein Psychriatriebudget zur Verfügung gestellt wird, die Benutzer dieses Psychriatriebudgets sich*

*genauer zu überlegen beginnen, wie das Geld am besten ausgegeben werden kann. Ein im US-Bundesstaat Wisconsin seit Jahren praktiziertes Modell zeigt den Vorteil einer derartigen regionalen Psychiatrie-Budgetierung. In Dane County, einem Bezirk mit ca. 340.000 Einwohnern, steht pro Jahr ein Bezirks-Psychiatriebudget von 10 Millionen US\$ zur Verfügung. Über einen Großteil dieses Geldes kann eine zentrale Einrichtung, das "Community Mental Health Center", verfügen. Es hat sich dabei ergeben, dass die teuren stationären Krankenhausaufenthalte abnehmen und billigere Alternativen, die "gemeindenäher" sind und von den Patienten mehr geschätzt werden als das Krankenhaus, bevorzugt werden. So berichten z.B. Patienten, die bei einem Notfall statt in einer stationären Einrichtung im Rahmen des "Crisis Home"-Programms in Familien betreut werden, die dafür speziell ausgewählt und geschult wurden, regelmäßig davon, dass ihre Lebensqualität in der Krisensituation um ein Vielfaches besser ist als in einem psychiatrischen Krankenhaus. In Dane County hat sich die Kostenpyramide innerhalb weniger Jahre umgedreht: heute werden nur 10% des Psychiatriebudgets für den stationären Teil der psychiatrischen Versorgung ausgelegt.*

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

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

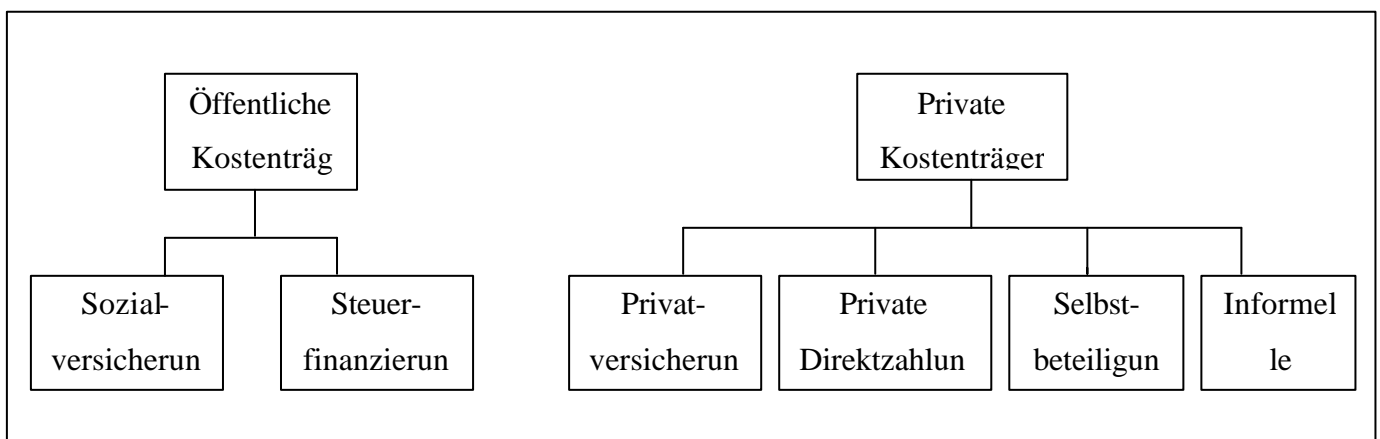
*Eine regionale Psychiatrie-Budgetierung hätte auch den Vorteil, dass die Kostenstruktur transparent wird und die Kosten mit den erbrachten Leistungen in Beziehung gesetzt werden können.*

## D.2.1 Grundlagen der Finanzierung der psychiatrischen Versorgung

*Eine Analyse von Finanzierungsstrukturen – und der damit zusammenhängenden Anreizwirkungen – hat die Finanzierungsträger, die Finanzierungsströme und die konkrete Ausgestaltung der Finanzierungsregeln zu unterscheiden.*

Bei der Finanzierungsträgerschaft lassen sich grundsätzlich Modelle der öffentlichen Finanzierung und der privaten Finanzierung unterscheiden (siehe Abbildung 1), wobei in der Realität meist eine Mischfinanzierung zu finden ist.

**Abb.1: Quellen der Finanzierung in der psychiatrischen Versorgung**



Die Finanzierung von Gesundheitsleistungen im öffentlichen bzw. quasi-öffentlichen Bereich folgt sozialpolitischen Überlegungen, wonach ein bestimmtes Versorgungsniveau sicherzustellen ist. Wie dieses gestaltet ist, richtet sich nach den gesellschaftlichen Vorstellungen und Zielen eines Wohlfahrtsstaates. Die Versorgung kann entweder aus allgemeinen Budgets (und damit aus Steuermitteln) oder aus Sozialversicherungsbeiträgen finanziert werden. Während bei Steuermitteln keine spezifische Widmung vorgesehen ist, sind Krankenversicherungsbeiträge der Finanzierung von Gesundheitsleistungen gewidmet. In Österreich stellt die Sozialversicherung die Basis der Finanzierung des Gesundheitssystems dar. Allerdings werden auch beträchtliche Leistungen des öffentlichen Sektors aus den allgemeinen Budgets finanziert.

Private Finanzierung liegt vor, wenn PatientInnen bzw. deren Angehörige Leistungen der psychiatrischen Versorgung finanzieren. Diese Finanzierungsform findet sich bei der gänzlich privaten Finanzierung dieser Leistungen oder in der Form von Selbstbeteiligungen.

Bei der gänzlich privaten Finanzierung werden Gesundheitsleistungen auf dem Markt organisiert. Der öffentliche Sektor beteiligt sich nicht an der Finanzierung.

Selbstbeteiligungen bzw. Kostenbeiträge können als absolute Beiträge, als relative Beiträge oder in Kombination gestaltet werden, sie können als Ergänzung zu grundsätzlich durch andere Träger finanzierte Leistungen gestaltet werden oder die Grundlage der Finanzierung darstellen. So werden etwa nach dem Sozialhilferecht für die Finanzierung von Pflegeheimen zuerst Pensionen und Pflegegelder herangezogen. Nur wenn diese nicht ausreichen, übernehmen öffentliche Träger einen Ausgleich der dadurch nicht abgedeckten Aufwendungen, wobei aber noch eine Rekursmöglichkeit besteht.

Eine andere Form der Privatfinanzierung liegt dann vor, wenn Leistungen durch Privatversicherungen abgedeckt werden. In diesem Fall sind potentielle PatientInnen durch die Bezahlung von Versicherungsbeiträgen die mittelbaren Financiers der Leistungen.

Dem privaten Bereich ist auch die informelle Arbeit zuzurechnen, die gerade im Gesundheitssystem ein bedeutendes Ausmaß annehmen kann. Dies betrifft vor allem die Betreuung psychisch kranker Menschen durch Angehörige. Darüber hinaus wird – insbesondere im Bereich komplementärer Einrichtungen – ehrenamtliche Arbeit geleistet, die nicht unmittelbar in der Finanzierungsrechnung der jeweiligen Träger zu Buche schlägt. Ebenso wie bei der Betreuungsarbeit durch Angehörige wird allerdings eine enorme Entlastung anderer Finanzierungsträger erreicht. Dies wird vor allem dann deutlich, wenn Leistungen zwischen dem informellen Bereich und dem formellen Bereich verschoben werden und damit von einer ‚unbezahlten‘ zu einer ‚bezahlten‘ Leistung (oder auch umgekehrt) werden. Verschiebungen vom stationären zum ambulanten Sektor bedeuten in der Regel auch deshalb kostendämpfende Effekte, weil im ambulanten Bereich eine Reihe von Aufgaben im informellen Bereich übernommen werden.

In der Praxis finden sich Mischformen der Finanzierung. Solche Mischformen bestehen etwa dann, wenn die Basisfinanzierung durch die Sozialversicherung oder eine Privatversicherung erfolgt, daneben aber Zuzahlungen in Form von Selbstbeteiligungen erforderlich sind.

Mischformen der Finanzierung liegen auch dann vor, wenn im Bereich der ambulanten Betreuung ein beträchtlicher Teil an Betreuungsaufgaben durch Angehörige übernommen wird. Details zu den in der Praxis realisierten Mischformen finden sich in Kapitel 3.

Die unterschiedlichen Formen der Finanzierungsregeln (Vergütungsformen) lassen sich zwischen dem Modell der Pauschalfinanzierung und dem Modell der Leistungsfinanzierung aufzeichnen.

Bei Pauschalfinanzierungsmodellen wird den Leistungserstellern ein Pauschalbetrag zur Finanzierung zur Verfügung gestellt. Die Vergütung bezieht sich hier nicht auf bestimmte einzelne Leistungen sondern auf Leistungspakete. Beispiele dafür sind Globalbudgets für Krankenhäuser oder Gehälter. Im Alternativmodell basiert die Finanzierung auf Vereinbarungen, die an konkreten Leistungen orientiert sind. Dies trifft insbesondere bei Einzelleistungsvergütungen zu.

Daneben findet sich aber eine Reihe von Zwischenformen, die Elemente der Leistungsorientierung und der Pauschalierung kombinieren. So werden in der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) nicht die tatsächlich erbrachten Leistungen, sondern Diagnosen ersetzt, die statistisch mit einem bestimmten Aufwand verbunden sind. Zwischenformen liegen auch dann vor, wenn beispielsweise ÄrztInnen eine Pauschalvergütung für die eingeschriebenen PatientInnen erhalten, die nach Alter differenziert ist.

Jede dieser Finanzierungsformen bewirkt spezifische Anreize auf die beteiligten Akteure, auf das medizinische und pflegerische bzw. betreuende Personal als unmittelbare Leistungserbringer, auf die Träger der Einrichtungen, auf die Financiers der Leistungen und auch auf PatientInnen und deren Angehörige. Diese Anreize betreffen Gesundheitsdimensionen (etwa die Verschreibungspraxis bestimmter Medikamente, die Wahl der Betreuungsform im intramuralen oder extramuralen Bereich, usw.), sozialpolitische Dimensionen (etwa in welchem Maß Personen, Familien oder Haushalte durch Gesundheitsleistungen entlastet werden, inwiefern bestimmte Aufgaben als private oder öffentliche Verantwortung definiert werden, usw.) und auch finanzielle Dimensionen (die daraus folgenden finanziellen Konsequenzen für die einzelnen Akteure).

Je nach Gestaltung der Finanzierungsströme zwischen den verschiedenen Akteuren bzw. der Abstimmung und Koordination der verschiedenen Bereiche der psychiatrischen Versorgung können zusätzliche Anreizwirkungen entstehen bzw. bestehende Anreizwirkungen sich verstärken.

## **D.2.2 Derzeitige Finanzierungsstrukturen der psychiatrischen Versorgung Niederösterreichs**

Als Ausgangsbasis für die mögliche Entwicklung neuer Finanzierungsmodelle wurde im Rahmen des Projektes zunächst eine möglichst detaillierte Evaluierung des Ist-Zustandes der Finanzierungsstrukturen durchgeführt. Im Folgenden werden die Finanzierungsstrukturen, gegliedert nach den Bereichen ‚Gesundheit‘ und ‚Soziales‘, im Detail dargestellt. Dabei werden jeweils zunächst die beteiligten Kostenträger vorgestellt. Anschließend werden die bestehenden Finanzierungsstrukturen und die damit verbundenen Finanzierungsmodi systematisch für die vorhandenen Einrichtungen beschrieben. Eine graphische und tabellarische Gesamtübersicht bieten zum Abschluss einen Überblick über die Finanzierung der gesamtpsychiatrischen Versorgung in Niederösterreich.

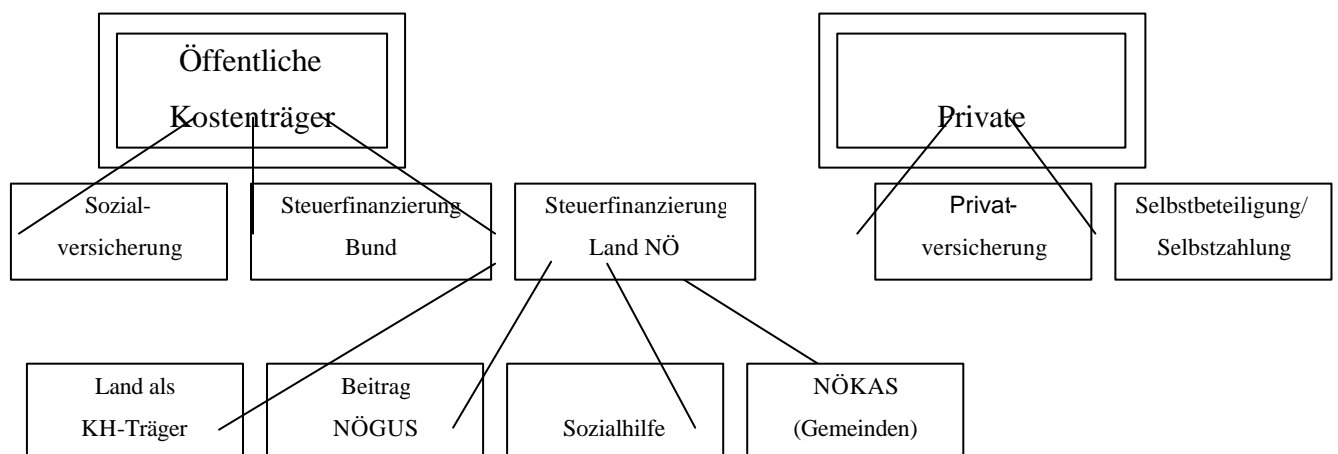
### **D.2.2.1 Finanzierungsstrukturen im Bereich ‚Gesundheit‘**

#### **D.2.2.1.1 Kostenträger**

Über den ‚Bereich Gesundheit‘ werden Leistungen für jene PatientInnen finanziert, für die nach dem Sozialversicherungsgesetz ein Träger der gesetzlichen Krankenversicherung leistungspflichtig ist. Als öffentliche Kostenträger sind neben den Sozialversicherungsträgern der Bund, das Land NÖ und die Gemeinden an der Finanzierung beteiligt. Private Mittel spielen vor allem in der Form von Selbstbeteiligung, privater Selbstzahlung und Privatversicherungen eine Rolle.



**Abb. 2.2.1.1 Überblick: Kostenträger des Bereichs ‚Gesundheit‘**

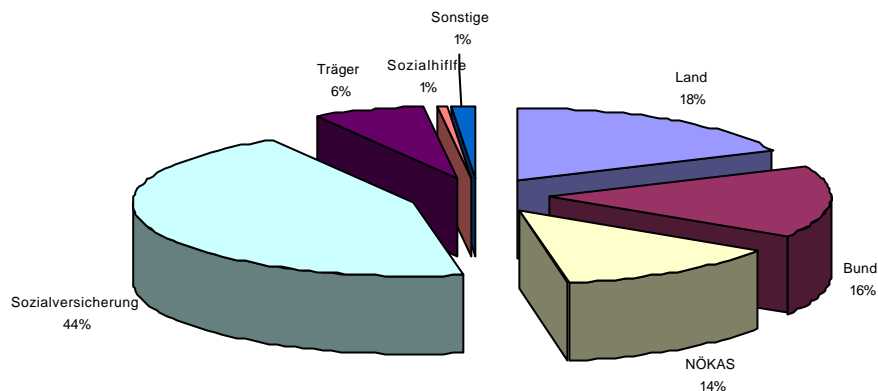


**D.2.2.1.2 Die Krankenanstaltenfinanzierung (‚Akutbereich‘)**

Seit 1997 erfolgt die Finanzierung der Krankenanstalten über den Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds/ Bereich Gesundheit (NÖGUS-G). Es handelt sich um einen Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit, dessen Aufgaben, Mittel und Struktur im NÖ Gesundheits- und Sozialfonds-Gesetz, LGBl. 9450-0 geregelt sind. Alle öffentlichen Fondskrankenanstalten werden über die Mittel des Fonds finanziert, der Fonds hat selbst keine Trägerfunktion. Als Vergütungsform wurde 1997 vom Bund die sogenannte ‚Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung‘ (LKF) eingeführt, die eine Mischform zwischen Leistungs- und Pauschalfinanzierung darstellt.

Die Fondsmittel stammen von unterschiedlichen Kostenträgern (vgl. Abb. 2.2.1.2.1 und Abb. 2.2.1.2.2). Werden die gesamten LKF-Mittel des Fonds, zu denen einerseits Mittel für administrierte Diagnosefallgruppen der Krankenanstalten (LDF-Gebühren) und andererseits Pensionszahlungen für pragmatisierte Beamte zählen, prozentuell aufgeteilt, ergeben sich die folgenden Belastungen für die beteiligten Kostenträger (Abb. 2.2.1.2.1.).

Abb. 3.2.1.2.1. Zusammensetzung der Fondsmittel NÖGUS-G 2002 zur Finanzierung des Akutbereichs



Quelle: G

NÖKAS...Niederösterreichische Krankenanstaltensprengel (Beitrag nicht krankenanstaltenerhaltender Gemeinden)  
 KFA.....Krankenfürsorgeanstalt (gesetzliche Sondersicherungsanstalt für städtische Bedienstete)

### Regelungen und Vorgang der Finanzierung

Jede der öffentlichen Fondskrankenanstalten erstellt nach dem sog. Normkostenmodell einen jährlichen Finanzbedarf, der sich aus dem berechneten Gesamtaufwand abzüglich der eigenen Einnahmen (Sonderklasse, Pensionsbeiträge, refundierte Vorsteuer, Dienstwohnungen, Verkäufe, sonstige Einnahmen aus wirtschaftlicher Tätigkeit) ergibt (Bsp. Tab. 3.2.1.2.1.). Anstelle einer Budgetfortschreibung auf Basis des Vorjahres-Rechenabschlusses wird beim Normkostenmodell versucht, über die Ermittlung von Strukturparametern und einer leistungs- und arbeitsplatzbezogenen Personalbedarfszuordnung eine Bewertung des notwendigen Ressourceneinsatzes für die Krankenanstalten nach einheitlichen Kriterien durchzuführen, um so eine gerechtere Verteilung der zur Verfügung stehenden monetären Mittel zu erreichen.



**Tab. 2.2.1.2.1. Beispiel Finanzbedarf DKL Gugging und OKL Amstetten 1999 - 2002;**

Krankenanstalt	Gesamtaufwand 1999	Gesamtaufwand 2000	Gesamtaufwand 2001	Gesamtaufwand 2002
<b>DKL Gugging</b>	<b>327.125.588,72 ATS</b> (23.773.143,66 €)	<b>345.063.000 ATS</b> (25.076.706,18 €)	<b>24.617.602,43 €</b> (338.745.594,72 ATS)	<b>24.858.096,44 €</b> (342.054.864,44 ATS)
<b>OKL Amstetten</b>	<b>454.897.367,04 ATS</b> (33.058.680,92 €)	<b>452.357.000 ATS</b> (32.874.065,25 €)	<b>34.706.865,74 €</b> (477.576.884,64 ATS)	<b>34.223.000,23 €</b> (470.918.750,06 ATS)
	Eigene Einnahmen 1999	Eigene Einnahmen 2000	Eigene Einnahmen 2001	Eigene Einnahmen 2002
<b>DKL Gugging</b>	<b>35.661.014,63 ATS</b> (2.591.587,00 €)	<b>29.421.000 ATS</b> (2.138.107,45 €)	<b>2.837.293,92 €</b> (39.042.015,53 ATS)	<b>2.735.762,50 €</b> (37.664.912,73 ATS)
<b>OKL Amstetten</b>	<b>96.719.982,11 ATS</b> (7.028.915,22 €)	<b>78.841.000 ATS</b> (5.729.598,92 €)	<b>6.753.892,14 €</b> (92.935.582,01 ATS)	<b>7.192.128,02 €</b> (98.965.839,19 ATS)
	Finanzbedarf 1999	Finanzbedarf 2000	Finanzbedarf 2001	Finanzbedarf 2002
<b>DKL Gugging</b>	<b>291.464.574,09 ATS</b> (21.181.556,66 €)	<b>315.642.000 ATS</b> (22.938.598,72 €)	<b>21.780.308,51 €</b> (299.703.579,19 ATS)	<b>22.122.333,94</b> (304.409.951,71 ATS)
<b>OKL Amstetten</b>	<b>358.177.384,93 ATS</b> (26.029.765,70 €)	<b>373.516.000 ATS</b> (27.144.466,33 €)	<b>27.952.973,60 €</b> (384.641.302,63 ATS)	<b>27.030.872,21</b> (371.952.910,87 ATS)

Quelle: NÖGUS; Geschäftstelle Landeskrankenanstalten

Der Finanzbedarf einer Krankenanstalt entspricht einer Kostenrelation zu den restlichen Fondskrankenanstalten. Nach den so berechneten Verhältniszahlen, bzw. „objektiven Sollkostenrelationen“ (NÖGUS,1 2000), bei der alle Fondskrankenanstalten zueinander in Beziehung gesetzt werden, wird vom NÖGUS-G die zur Verfügung stehende ‚gedeckelte‘ Finanzmittelmeng e aufgeteilt. Dieser vom NÖGUS-G eingeräumte Finanzbedarf entspricht einem Kostenbudget und muss nicht identisch mit dem von der einzelnen Krankenanstalt berechneten tatsächlichen Finanzbedarf sein (vgl. [1] Abb. 3.2.1.2.2.). Die Fondsmittel müssen von den Krankenanstalten im Laufe eines Jahres über LDF-Punkte (Leistungsdiagnose- fallpunkte) ‚verdient‘ werden und ergeben zusammen mit den Pensionszahlungen für pragmatisierte Bedienstete die Gesamt- LKF- Einnahmen einer Krankenanstalt (vgl. [2] Abb. 2.2.1.2.2.).

Ausgleichsmechanismus und Trägeranteil

Betrachtet man die Finanzierung aus der Sicht des Krankenanstaltenträgers, ergeben sich die

insgesamt zu leistenden Anteile des Landes Niederösterreich als Krankenanstaltenträger auf der Grundlage folgender gesetzlichen Regelungen und Ausgleichsmechanismen.

#### Trägeranteil 1

Entspricht dem auf Basis 1995 erstellten und jährlich valorisierten Trägeranteil gemäß §71 NÖ KAG (vgl. [6](#) Abb. 2.2.1.2.2.).

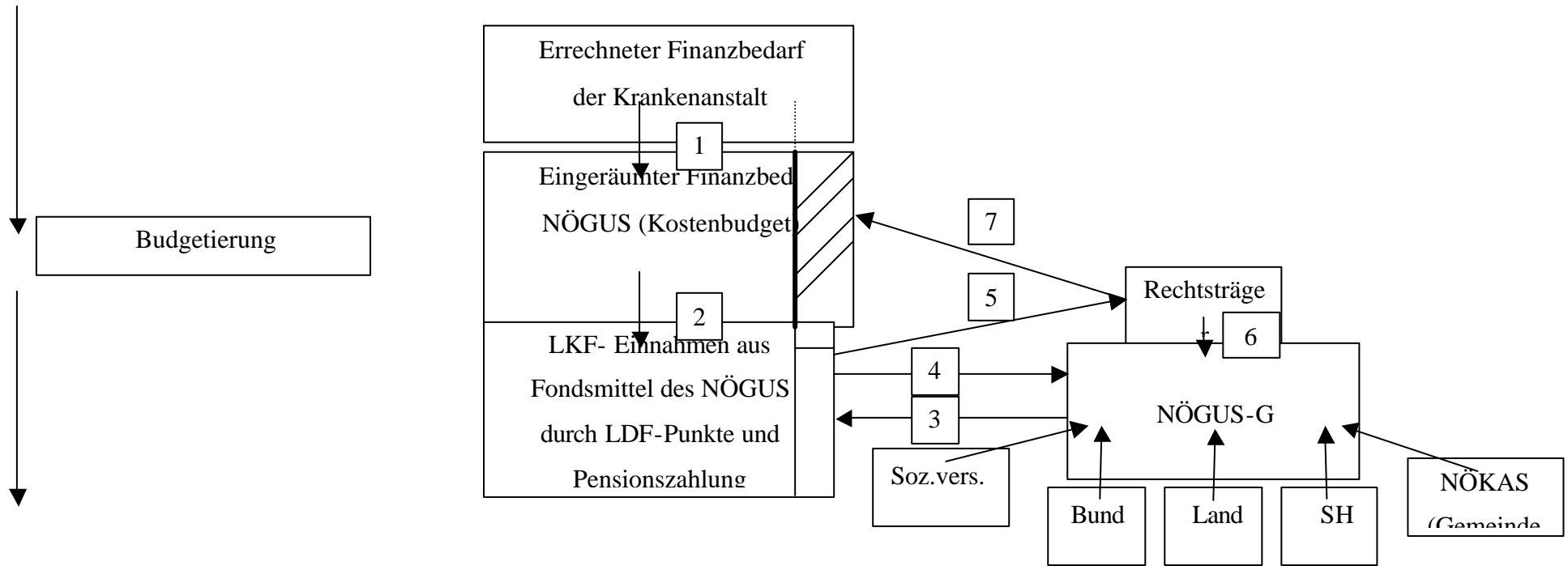
#### Trägeranteil 2

Sind die LKF Gesamteinnahmen einer Krankenanstalt höher oder niedriger, als der vom NÖGUS nach der Verhältniszahl eingeräumte und zulässige Finanzbedarf, bestand für die entstehende Über- oder Unterdeckung im Jahr 1999 ein Ausgleichssatz von 70:30. (Überdeckung wurde zu 70% an NÖGUS (vgl. [4](#) Abb. 2.2.1.2.2.) und zu 30% (vgl. [5](#) Abb. 2.2.1.2.2.) an Träger abgeführt, Unterdeckung wurde zu 70% vom NÖGUS und zu 30 % vom Träger getragen). Sowohl in der DKL Gugging, als auch in der OKL Amstetten bestand im Jahr 1999 eine Überdeckung, die zu 30 % an den Träger abgeführt wurde und somit den Gesamtträgeranteil um diesen Betrag entlastete. Der Trägeranteil wird sukzessive erhöht. Der Ausgleichssatz für das Jahr 2000 betrug 60:40.

#### Trägeranteil 3 (Betriebsabgang der Krankenanstalt)

Dieser errechnet sich aus der Differenz aus dem vom NÖGUS eingeräumten und dem tatsächlichen Finanzbedarf. Dieser Betrag wird weiters um die sog. ‚Zuteilung vom Anpassungstopf‘ verringert, woraus sich schließlich der endgültige Trägeranteil 3 ergibt (vgl. Nr. 7 Abb. 2.2.1.2.2.).

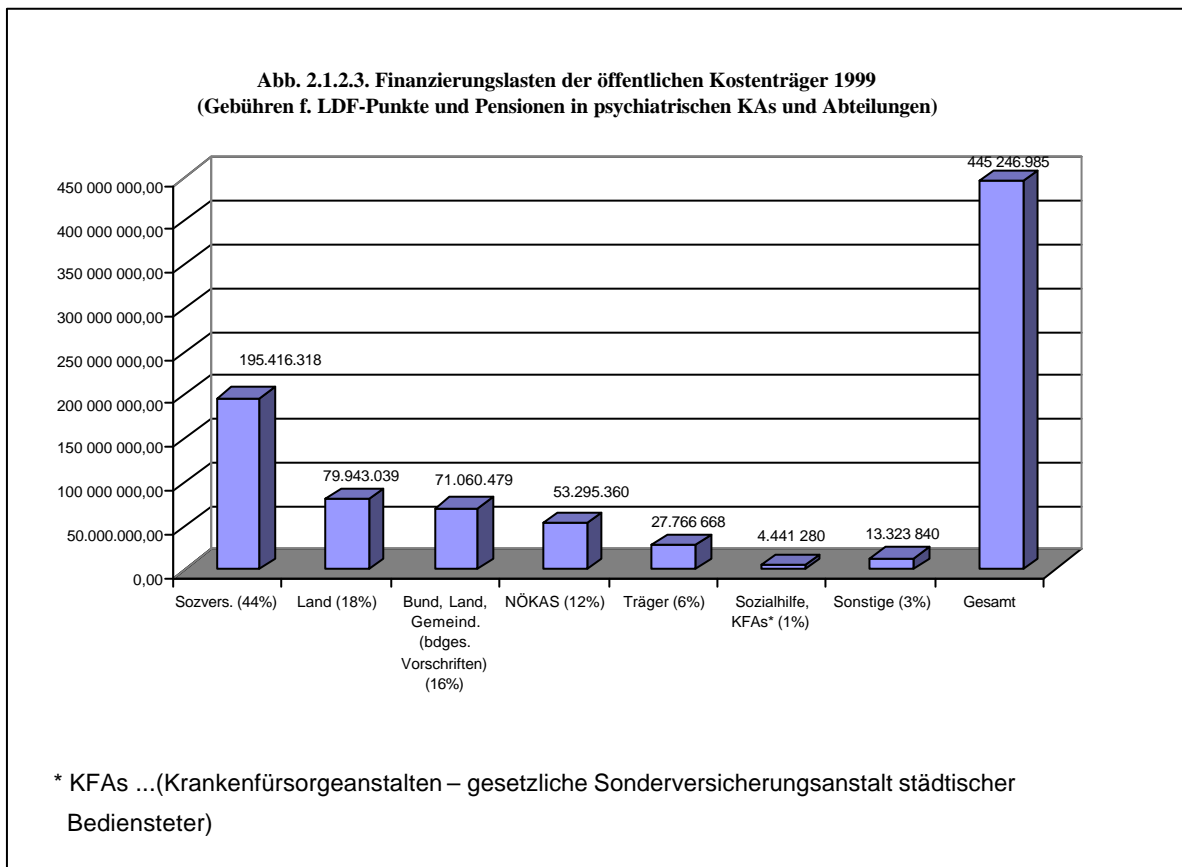
Abb. 2.2.1.2.2. Flussdiagramm -Vorgang der Finanzierung des Akutbereiches der Krankenanstalten und Kostenträger<sup>292</sup>



<sup>292</sup> 1 2 3 usw.: Erläuterungen siehe Text

## Quantifizierung der Finanzierungsströme

Für den stationären Krankenhaus-Akut-Bereich können anhand der für die Psychiatrie verrechneten LDF-Punkte Richtwerte für die Finanzierungslasten der öffentlichen Kostenträger errechnet werden. (Abb. 3.2.1.2.3.; Abb. 3.2.1.2.4.) Dabei ist jedoch anzumerken, dass aufgrund der derzeitigen Datenlage nicht bei allen zur Finanzierung zur Verfügung stehenden Mitteln eine exakte Zuteilung zur Psychiatrie möglich ist. Weiters wurden nur die an psychiatrischen Krankenanstalten oder psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinen Krankenanstalten verrechneten LDF-Punkte, nicht aber die an nicht-psychiatrischen Abteilungen verrechneten LDF-Punkte berücksichtigt. Die Graphik erlaubt daher maximal einen groben Überblick über die Finanzierungslasten der beteiligten Kostenträger im definiert psychiatrischen Krankenhaus-Akut-Bereich



## Private Kostenträger

In einem geringen Ausmaß werden auch private Mittel in der Form von Privatversicherung und Selbstbeteiligung zur Finanzierung herangezogen. (Tab. 3.2.1.2.3.)

Dazu zählen

- Zuschläge bei Pflegegebühren für SonderklassepatientInnen (Hotelkomponente)
- Pflegegebühren von Selbstzahlern (Selbstversicherte)
- Selbstbehalt in der Form zu leistender Kostenbeiträge (1999: 71 ATS/Tag für max. 28

Tage/Jahr

**Tab. 2.2.1.2 Finanzierung - private Kostenträger 1999 und 2002 (Summe Neurologie und Psychiatrie)**

<b>Krankenanstalt</b>	<b>1999</b>	<b>2002</b>
		<b>548.971,18 €</b>
<b>DKL Gugging</b>	<b>5.963.000 ATS</b> (433.348,11 €)	(7.554.008,13 ATS)
<b>OKL Amstetten</b>	<b>28.571.834 ATS</b> (2.076.396,15 €)	<b>3.121.729,98 €</b> (42.955.941,04 ATS)
<b>Gesamt</b>	<b>34.634.834 ATS</b> (2.517.011,55 €)	<b>3.670.701,16 €</b> (50.509.949,17 ATS)

### D.2.2.1.3 Niedergelassene Fachärzte

Derzeit existieren 29 §2-Kassenplanstellen für FachärztInnen ‚Neurologie und Psychiatrie ‚ bzw. ‚Psychiatrie und Neurologie‘. Leistungen der KassenvertragsärztInnen werden nach den bestehenden Leistungskatalogen der Krankenkassen über Krankenschein vergütet.

Leistungen privater FachärztInnen werden zunächst von den PatientInnen privat finanziert. Eine Teilkostenrückerstattung seitens der Krankenkasse ist möglich.

### D.2.2.1.4 Sonstige Leistungen im niedergelassenen Bereich

Leistungen niedergelassener nicht-ärztlicher PsychotherapeutInnen werden entweder zur Gänze aus privaten Mitteln finanziert oder der/die KlientIn kann nach einer ärztlichen Diagnosestellung

nach ICD-9 eine Teilkostenrückerstattung der Krankenkasse beantragen.

Auch Leistungen praktischer ÄrztInnen können in den Bereich der psychiatrische Versorgung fallen. Die Finanzierung erfolgt über die gesetzlichen Krankenversicherungsträger in Form einer Vergütung nach Krankenschein.

#### **D.2.2.2. Finanzierungsstrukturen im ‚Bereich Soziales‘**

##### **D.2.2.2.1 Kostenträger (Abb. 3.2.2.1.)**

Der wichtigste öffentliche Kostenträger für die Finanzierung der Einrichtungen im Zuständigkeitsbereich ‚Soziales‘ ist die niederösterreichische Sozialhilfe, deren Träger das Land Niederösterreich ist (Abteilung für Sozialhilfe GS5). Die Nettokosten der Sozialhilfe werden zu 50% von den Gemeinden nach deren Finanzkraft und zu 50% vom Land NÖ getragen.

Zu einem geringen Anteil werden bei manchen Einrichtungen auch Steuermittel des Bundes zur Finanzierung herangezogen, so bei der Suchtberatung, bei der Familienberatung und bei den komplementären Einrichtungen im Bereich Arbeit (Arbeitsassistenten, Beschäftigungs- und Berufsorientierung und Institut für berufliche Integration). In den letztgenannten Bereichen sind weiters das AMS sowie der Europäische Sozialfonds an der Finanzierung beteiligt.

Die Sozialversicherung leistet in zahlreichen Landes- Pensionisten- und Pflegeheimen (LPPHs) einen fixen Tagsatz von 30 ATS/Bewohner und für einige wenige Einrichtungen (Bsp.: Heilpädagogisches Zentrum Hinterbrühl) einen Teilkostenersatz in der Form eines Pauschalbetrages.

Neben den öffentlichen Mitteln spielen aber auch private Mittel eine wesentliche Rolle bei der Finanzierung der meisten der genannten Bereiche, gilt doch für das Sozialhilfegesetz (SHG) das Subsidiaritätsprinzip. Das bedeutet, dass bei der Inanspruchnahme der meisten Einrichtungen auch vorhandene private Mittel der KlientInnen aus Pensionen und Pflegegeld zur Finanzierung herangezogen werden und zusätzliche private Mittel von Angehörigen über Regressforderungen eingefordert werden können.



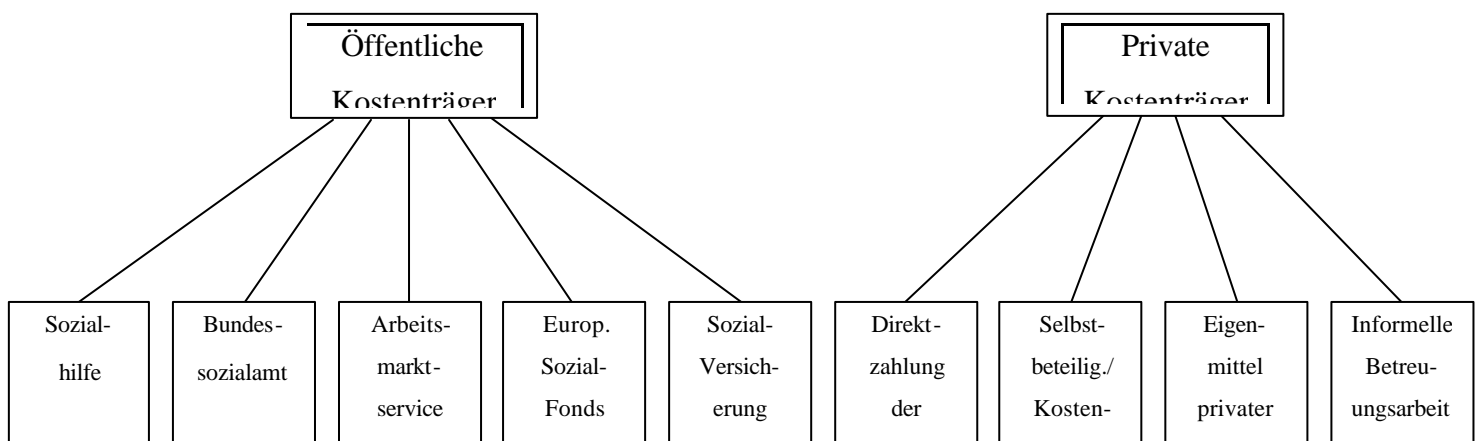
Grundsätzlich muss nach dem Sozialhilfegesetz Kostenersatz geleistet werden von

- den SozialhilfeempfängerInnen
- den Erben der HilfeempfängerInnen
- unterhaltspflichtigen Angehörigen der HilfeempfängerInnen
- Personen, denen gegenüber die HilfeempfängerInnen Rechtsansprüche zur Deckung jenes Bedarfes besitzen, der die Leistung der Sozialhilfe erforderlich gemacht hat
- Personen, denen die HilfeempfängerInnen Vermögen geschenkt haben

Der nach Abzug dieser Geldmittel noch offene Differenzbetrag (Sozialhilfenettokosten) wird aus öffentlichen Mitteln finanziert (Pfeil 2000).

Zusätzliche werden private Mittel über Direktzahlungen der BenutzerInnen, über informelle Betreuungsarbeit, sowie über Eigenmittel privater Träger eingebracht.

**Abb. 2.2.2.1. Überblick: Kostenträger des Bereichs ‚Soziales‘**



#### **D.2.2.2.2 Der Niederösterreichische Gesundheits- und Sozialfonds/ Bereich Soziales (NÖGUS-S)**

Als Pendant zum NÖGUS-G mit der Zuständigkeit für Akutversorgung im stationären Krankenhausbereich spielt der NÖGUS-S eine wichtige Rolle als Finanzierungsinstitution im Bereich Soziales. Dabei ist allerdings anzumerken, dass, im Gegensatz zum NÖGUS-G, der NÖGUS-S nur für einen Teil der Einrichtungen die Finanzierungsinstitution darstellt, für einen anderen Teil erfolgt die Finanzierung direkt über den Kostenträger Sozialhilfe. Das jährliche Budget des NÖGUS-S beträgt seit seiner Gründung 1997 unverändert 292 Mill. ATS und entspricht den Bruttokosten, die im Jahr 1997 für die Finanzierung der psychisch kranken PatientInnen im stationären Langzeit-Krankenhausbereich veranschlagt wurden. Aufgrund allgemeiner Budgetkonsolidierungsmaßnahmen verbleiben diese Finanzmittel im Laufe eines Jahres so lange als möglich beim Land NÖ und werden anstatt bisher monatlich nunmehr vierteljährlich im Nachhinein akontiert (Zinserträge!). Das jährliche Budget des NÖGUS-S muss von der Fondsversammlung (Organ des NÖGUS) und somit von den zuständigen politischen VertreterInnen der Landesregierung akkordiert werden.

Als Finanzierungsinstitution übernimmt der NÖGUS-S die Finanzierung der laufenden Kosten der seit 1997 neu geschaffenen Einrichtungen und Plätze sowie einen Teil der anfallenden Investitionskosten, Kosten für Öffentlichkeitsarbeit und Qualitätssicherung, sowie Kosten für Projektarbeiten und Veranstaltungskosten.

#### **D.2.2.2.3 Der Langzeit-Krankenhausbereich**

Für psychiatrische LangzeitpatientInnen erklärt sich die gesetzliche Krankenversicherung nicht zuständig, d.h. jene Patienten sind von der Krankenversicherung „ausgesteuert“ und „asyliert“. Es handelt sich um körperlich und psychisch behinderte Menschen mit Unterstützungsbedarf im Alltag. Der öffentliche Kostenträger ist die niederösterreichische Sozialhilfe, die Finanzierung unterliegt demnach dem Niederösterreichischen Sozialhilfegesetz LGBI 9200-13.

Die Finanzierung wird nach folgender Regelung durchgeführt: Die niederösterreichische Sozialhilfe bezahlt den Bruttobetrag des Leistungsentgeltes, der sich aus den festgelegten Tagsätzen ergibt, an die Leistungsträger.

In weiterer Folge erhält die Sozialhilfe von den Pensionsversicherungsanstalten folgende - zur Finanzierung des Bruttobetrages bestimmten - Beträge:

- 80% der Pension der betreffenden Person (20% verbleiben als Taschengeld)
- Pflegegeld, sofern die Person PflegegeldbezieherIn ist (10% des Pflegegeldes der Stufe 3 verbleiben als Taschengeld bei den PflegegeldbezieherInnen)

Der dann noch offene Betrag wird, soweit möglich, über Vermögen, Grundbesitz bzw. von unterhaltspflichtigen direkten Angehörigen als so genannter Regress zur Finanzierung herangezogen. Nach Abzug dieser Anteile ergibt sich der Nettobetrag, den die Sozialhilfe leistet. Die Abteilung Sozialhilfe stellt in weiterer Folge den Bruttobetrag dem NÖGUS-S in Rechnung, der somit indirekt in die Finanzierung eingebunden ist.

#### **D.2.2.2.4 LPPHs und der privaten Vertragsheime**

Für die Finanzierung der LPPHs gelten analoge Regelungen, wie unter Punkt 3.2.2.3 beschrieben. Bestehen für private Heime Verträge mit dem Land NÖ, gelten auch für diese in den meisten Fällen die beschriebenen Regelungen.

Die Finanzierungsform sind Tagsätze, die sich – je nach Einrichtungstyp – unterschiedlich berechnen. Die Bruttobeträge der Tagsätze werden vierteljährlich akontiert. Als durchschnittliche Richtlinie kann bei der Finanzierung der LPPHs angenommen werden, dass von den echten Bruttobeträgen, die aus den Tagsätzen resultieren, ca. 68% privat von PatientInnen/HeimbewohnerInnen (Pension und Pflegegeld) bzw. deren Angehörigen getragen werden, und eine ca. 32%ige Nettobelastung für die Sozialhilfe besteht.

Betrachtet man die Finanzierung für psychisch kranke Personen isoliert, so ist hier, nach Aussagen der zuständigen Personen, die Nettobelastung für die Sozialhilfe höher. Das hängt unter anderem damit zusammen, dass psychisch kranke Menschen häufig in eine niedrige Pflegegeldstufe (max. Stufe 3), jedoch in eine hohe ‚Heim-Pflegestufe‘ eingestuft werden, die im personellen Ressourcenaufwand begründet ist. Es stehen somit weniger private Mittel in der Form von Pflegegeld zur Finanzierung des Bruttobetrages zur Verfügung. Da bei diesen PatientInnen häufig auch wenig zusätzliche private Mittel, beispielsweise aus Vermögen, herangezogen werden können, verbleibt ein relativ höherer Nettobetrag für den öffentlichen Kostenträger.

#### **D.2.2.2.5 Betreute Wohnformen**

Neben LPPHs und privaten Vertragsheimen gibt es in Niederösterreich sogenannte betreute Wohnformen, die nach Richtlinien der Landesregierung in punktbetreute, teilbetreute und vollbetreute Wohnformen unterteilt werden und nach gesonderten Regelungen finanziert werden.

#### Voll- und teilbetreute Wohnformen

Für voll- und teilbetreute Wohnformen wird eine Jahrespauschale für jede/n Klientin/en und deren/dessen Heimplatz langfristig vertraglich festgelegt. Die Höhe wird nach definierten Richtlinien des Landes entsprechend der Betreuungsintensität bestimmt. Es erfolgt eine monatliche Akontierung des entsprechenden Jahres-Teilbetrages, solange der/die KlientIn in der Einrichtung wohnt. Für KlientInnen gilt, wie unter Punkt 2.2.3. beschrieben, eine Kostenbeitragsverpflichtung, sofern private Mittel zur Verfügung stehen. Verlässt der/die KlientIn die Einrichtung, entfällt die Geldleistung der Sozialhilfe an die Leistungsträger. Für KlientInnen besteht beispielsweise seitens der Caritas das Angebot einer 3-monatigen Rückkehrmöglichkeit. Diese Vorhalteleistung wird allerdings bei der Finanzierung nicht berücksichtigt und impliziert somit einen finanziellen Verlust für den Träger.

Generell ist die Höhe der Tagsätze bzw. Pauschalen bei den genannten Einrichtungen nach einer 100%igen Auslastung berechnet, die durch die existierende Fluktuation jedoch nicht der Realität entspricht. Das Interesse des Trägers ist demnach nach betriebswirtschaftlicher Rationalität eine maximale Auslastung und eine möglichst geringe Fluktuation

## **Punktbetreute Einrichtungen**

Die BewohnerInnen dieser Einrichtungen müssen sich verpflichten, die laufenden Kosten (Miete, Verpflegung) zur Gänze privat zu finanzieren (zum Teil sind die BewohnerInnen SozialhilfebezieherInnen). Es kann eine Mietzinsbeihilfe beantragt werden. Für die Finanzierung der Betreuung besteht ein Vertrag zwischen Träger und Land NÖ. Die Finanzierung erfolgt nach einer prospektiv festgelegten Jahrespauschale/KlientIn für eine definierte Stundenbetreuung. Nicht belegte Wohnplätze werden nicht finanziert. Punktbetreute Wohnformen unterscheiden sich sowohl in qualitativer (die Qualifikation des Betreuungspersonals betreffend) als auch in quantitativer Hinsicht (das mögliche Ausmaß an Betreuungsstunden betreffend) von den voll- bzw. teilbetreuten Einrichtungen.

Aufgrund der derzeitigen Finanzierungsregelungen können somit in diesen Wohnformen nur KlientInnen leben, die durchgehend wenig Betreuung und gering qualifiziertes Fachpersonal benötigen, während einem schwankenden Betreuungsbedarf, der gerade bei dieser Klientel nicht selten ist, im Sinne einer personenzentrierten Betreuung nicht optimal entsprochen werden kann.

Die Finanzierung der seit 1997 neu geschaffenen Einrichtungen erfolgt zunächst über die Abteilung Sozialhilfe, die im Nachhinein den geleisteten Bruttobetrag dem NÖGUS-S in Rechnung stellt.

### **D.2.2.2.6 Tagesstätten**

Für Tagesstätten bestehen langfristige Verträge zwischen Träger und Land NÖ. Die Finanzierung erfolgt über eine prospektiv festgelegte Jahrespauschale pro KlientIn. Die Anzahl und Namen der voraussichtlichen KlientInnen werden am Jahresanfang gemeldet. Es erfolgt eine vierteljährliche Abrechnung für jene PatientInnen, die tatsächlich anwesend waren. Unbesetzte Plätze können meistens rasch nachbesetzt werden, wodurch eine hochprozentige Auslastung und somit auch Kostendeckung gewährleistet ist. KlientInnen sind zum Kostentbeitrag verpflichtet, sofern private Mittel zur Verfügung stehen.

Auch diese Einrichtungen werden direkt über die Abteilung Sozialhilfe finanziert, die retrospektive den Bruttobetrag dem NÖGUS-S in Rechnung stellt.

#### **D.2.2.2.7 Psychosoziale Dienste**

Psychosoziale Dienste werden ausschließlich aus öffentlichen Mitteln finanziert. In Einzelfällen können geringe Selbstbehalte für KlientInnen für Materialkosten (Bastelmaterial) entstehen. Die psychosozialen Dienste werden seit Mitte 2001 zur Gänze über den NÖGUS-S finanziert.

Es bestehen langfristige Verträge mit 6-monatiger Kündigungsklausel zwischen den Trägern und dem Land NÖ, die, gemäß dem Psychiatrieplan 95, die Ausweitung der Standorte auf die Vollversorgung (Erweiterungsklausel) regeln und die Finanzierung langfristig sicherstellen. Zusätzlich wird dem NÖGUS-S die Möglichkeit eines sog. Bewertungsverfahrens eingeräumt.

Die Finanzierung erfolgt über Jahresbudgets, die sowohl dem Vertragspartner Land NÖ, als auch dem NÖGUS-S vorgelegt werden müssen. Die Genehmigung erfolgt durch das Organ des ständigen Ausschusses.

#### **D.2.2.2.8 Clubs**

Clubs werden direkt über die Abteilung Sozialhilfe finanziert. Die Finanzierungslasten jener Clubs, die nach 1997 eröffnet wurden (z.B. Hollabrunn, Mistelbach) werden retrospektive dem NÖGUS in Rechnung gestellt.

Für die Betreuung von Clubs bestehen entsprechende Landesrichtlinien. Die Finanzierung erfolgt über einen prospektiv festgelegten Pauschalbetrag (Leistungspauschale nach der festgelegten Stundenanzahl des anwesenden Personals) für den jährlich ein schriftlicher Antrag von den Trägern an das Land gestellt wird. Die Finanzierung wird durch einen Regierungsbeschluss genehmigt. Die entsprechende Geldsumme wird im Laufe des Jahres als Einmalbetrag überwiesen.

#### **D.2.2.2.9 Suchtberatung**

Die Suchtberatung ist unterschiedlich organisiert. Der Träger der Einrichtungen im westlichen Niederösterreich ist die Caritas, die öffentliche Mittel von Bund und Land zur Finanzierung heranzieht. Der NÖGUS-S ist nicht in die Finanzierung eingebunden.

Die Betreuung der Caritas Suchtberatungsstellen ist zum einen vertraglich mit dem Land NÖ geregelt ist. Nach dem Vertrag, der eine Sicherstellung der Versorgung mit einer definierten Anzahl von Sozialarbeitern vorsieht, wird ein Jahresbudget erstellt. Die Zuteilung der Geldmittel erfolgt pro Quartal.

Die zweite Finanzierungsquelle bildet eine Subvention des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen. Voraussetzung dafür ist, dass die Einrichtung als §15- Einrichtung anerkannt ist und eine Dokumentation nach vorgegebenen Richtlinien erfolgt. Die Finanzierung ist an keinen Vertrag gebunden, sondern stellt eine sogenannte Ermessensausgabe dar. Die Subvention wird als Einmalbetrag im 3. Jahresquartal an die Caritas überwiesen.

#### **D.2.2.2.10 Familienberatung**

Träger dieser Einrichtungen sind entweder öffentliche Träger (Land, Gemeinden) oder private Träger (kirchliche Organisationen, private Vereine). Die Familienberatungsstellen werden über mehrere Financiers finanziert. Die Personalkosten (ca. 2/3 der Gesamtkosten) finanziert der Bund gemäß dem Familienberatungsförderungsgesetz (B-VG). Die restlichen Kosten werden durch andere Geldquellen abgedeckt (Land, AMS und andere Bundesförderungen, Gemeinden, Eigenmittel der Träger, Sozialhilfeverbände und KlientInnenbeiträge, sonstige Einnahmen). Es werden jährlich Förderungsverträge zwischen Bund und dem Träger abgeschlossen. Die Mittel des Bundes richten sich nach erbrachten Beratungsstunden unter Berücksichtigung der erreichten Beratungsfrequenz.

#### **D.2.2.2.11 Komplementäre Einrichtungen im Bereich Arbeit: Institut für berufliche Integration, Arbeitsassistentz, Beschäftigungs- und Berufsorientierung**

Für diese Einrichtungen bestehen unterschiedliche vertragliche Regelungen, in die insbesondere das Bundessozialamt (BSB) eingebunden ist. Die Finanzierung erfolgt über ein prospektives

Jahresbudget. Die genehmigten Budgetmittel sind streng zweckgebunden und die getätigten Ausgaben müssen detailgetreu dokumentiert werden. Es besteht kaum Handlungsspielraum. Nach vorgegebenen Kriterien des Ministeriums sind an der Finanzierung beteiligt:

Zu 52%:

AMS	}	jeweils 1/3
Bundessozialamt		
Land Niederösterreich		

Zu 48%:

Europäischer Sozialfonds

#### **D.2.2.2.12 Krisentelefon**

Die Psychosoziale Krisenberatung (Krisentelefon) wird direkt über den NÖGUS-S finanziert. Pro 12 h Dienst wird ein Pauschalbetrag von 1500 ATS verrechnet. Zusätzlich fallen Sachkosten für Miete und Telefon an.

#### **D.2.2.2.13 Sonstiges: Vertragliche Charakteristika**

Ist die Finanzierung der Einrichtungen vertraglich geregelt, so sind die Vertragspartner immer das Land Niederösterreich und die Träger der Einrichtung. Für jene Einrichtungen, bei denen der NÖGUS-S entweder direkt oder indirekt als Finanzierungsinstitution eingebunden ist, ist dieser als Verhandlungspartner in Sachen Vertragsinhalt beteiligt. Zudem ist der NÖGUS-S z.T. verpflichtet, bei Vertragskündigung seitens des Landes NÖ die Auflösungskosten (angemietete Objekte, Personalkosten etc.) zu tragen. Endgültige Vertragsbeschlüsse werden im ständigen Ausschuss bzw. in der Fondsversammlung des NÖGUS gefasst.

#### **D.2.2.2.14 Finanzierungsströme Bereich ‚Soziales‘**

Abb. 2.2.2.15. liefert einen Überblick über die vorherrschenden Finanzierungsströme im Bereich ‚Soziales‘. Insgesamt konnten folgende Finanzierungsmodi identifiziert werden (vgl. Nummerierung auf Abb. 3.2.15.):

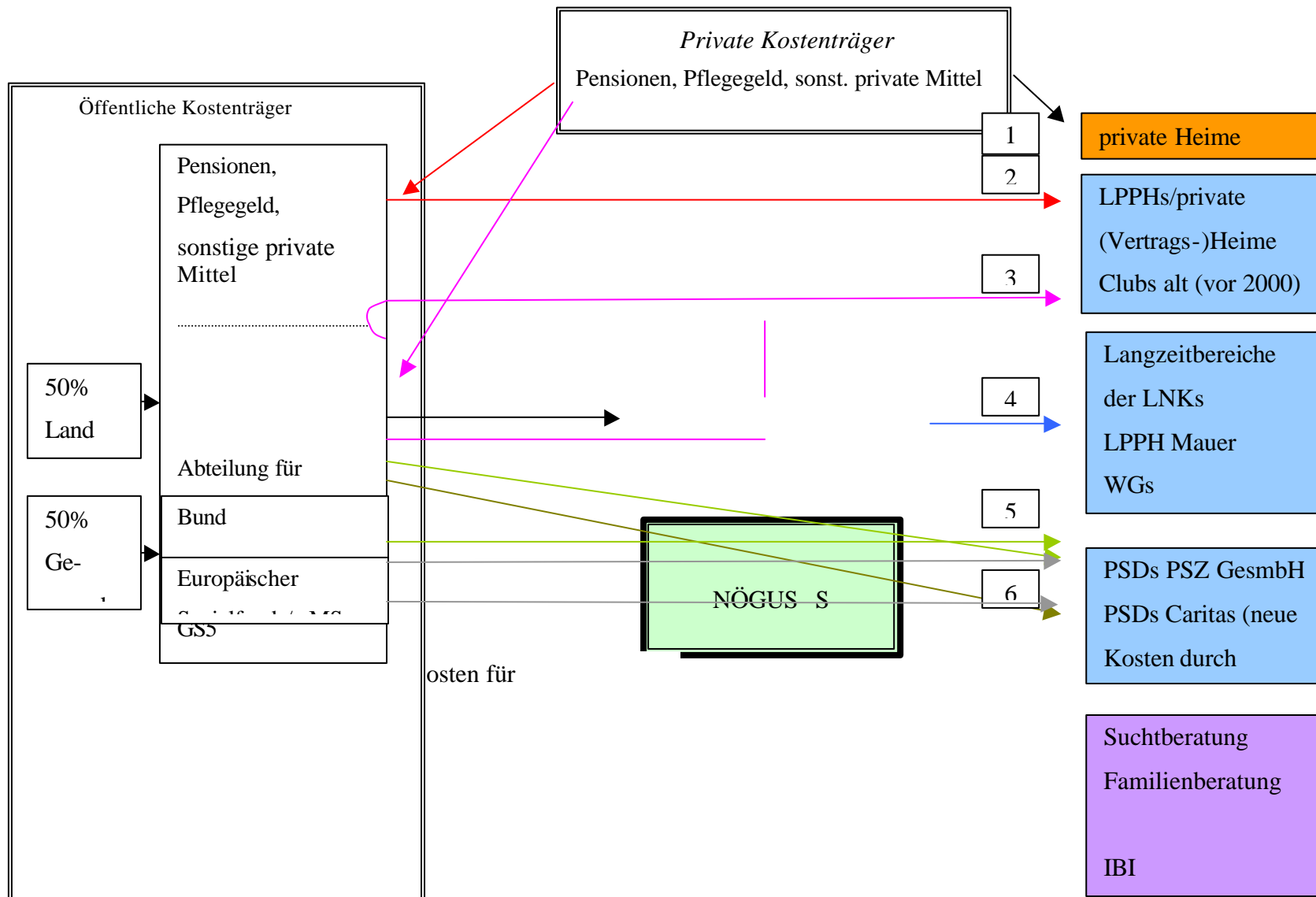
1. Finanzierung ausschließlich mit privaten Mitteln; keine Beteiligung öffentlicher



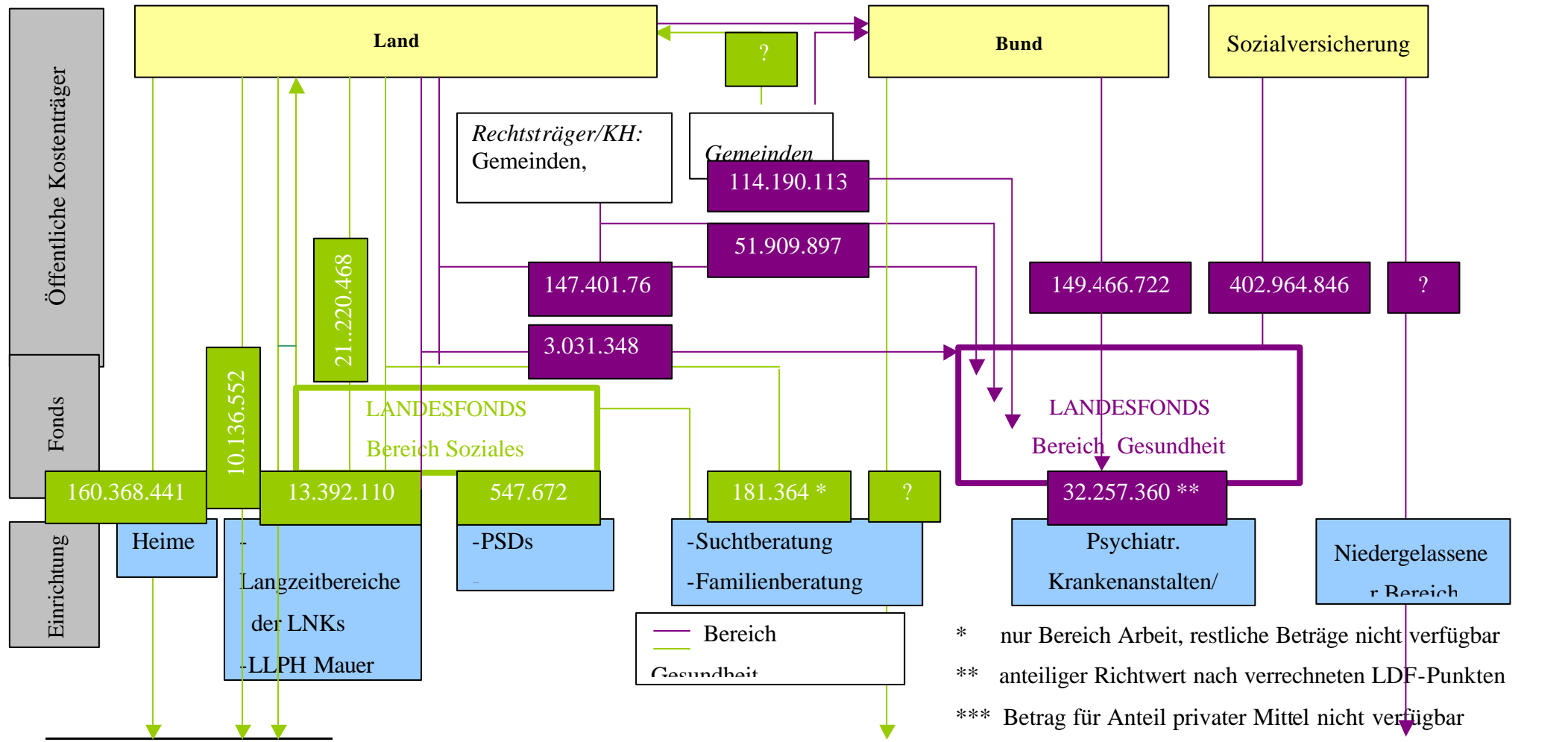
### Kostenträger

2. Finanzierung mit privaten und öffentlichen Mitteln; die Finanzierung läuft ausschließlich über die Abteilung Sozialhilfe ohne Einbindung des NÖGUS-S
3. Finanzierung mit privaten und öffentlichen Mitteln über die Abteilung Sozialhilfe, die retrospektive die getätigten Bruttoausgaben dem NÖGUS-S in Rechnung stellt.
4. Der NÖGUS-S ist direkt die Finanzierungsinstitution und finanziert Einrichtungen aus dem NÖGUS-S Budget (öffentlichen Mittel der Abteilung Sozialhilfe)
5. Es besteht eine Mischfinanzierung, an der Bund und die Abteilung für Sozialhilfe ohne Einbindung des NÖGUS-S beteiligt sind.
6. Es besteht eine Mischfinanzierung, an der die Abteilung für Sozialhilfe und das Bundessozialamt ohne Einbindung des NÖGUS-S beteiligt sind.

Abb. 2.2.15. Finanzierungsströme Bereich ‚Soziales‘: Ist-Zustand



# Quantifizierung der Finanzierungsströme der öffentlichen Kostenträger in der psychiatrischen Versorgung in NÖ 1999 (in €)<sup>293</sup>

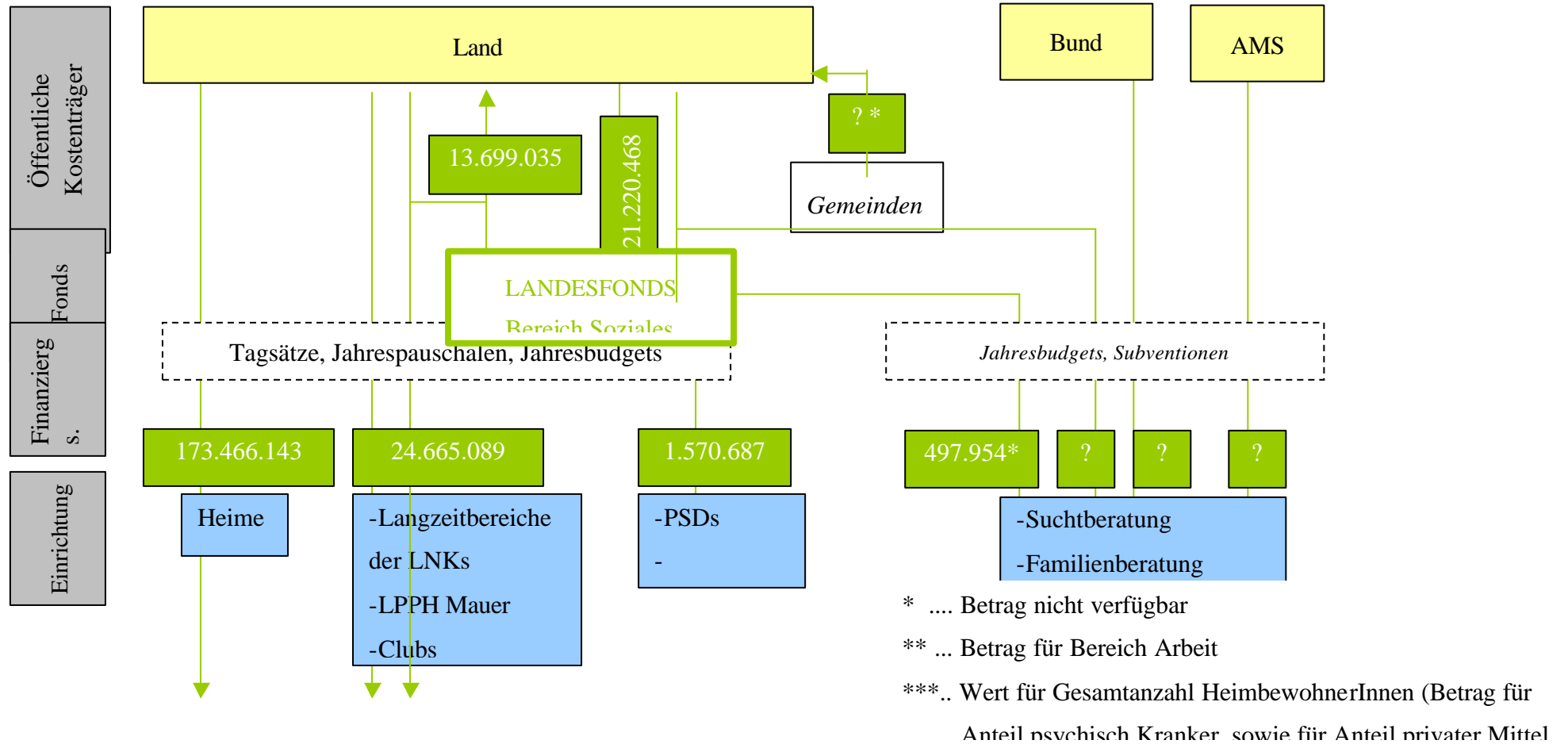


- \* nur Bereich Arbeit, restliche Beträge nicht verfügbar
- \*\* anteiliger Richtwert nach verrechneten LDF-Punkten
- \*\*\* Betrag für Anteil privater Mittel nicht verfügbar
- \*\*\*\* Wert für Gesamtanzahl HeimbewohnerInnen (Betrag für

<sup>293</sup> Einschließlich der Mittel für Einrichtungen in anderen Bundesländern

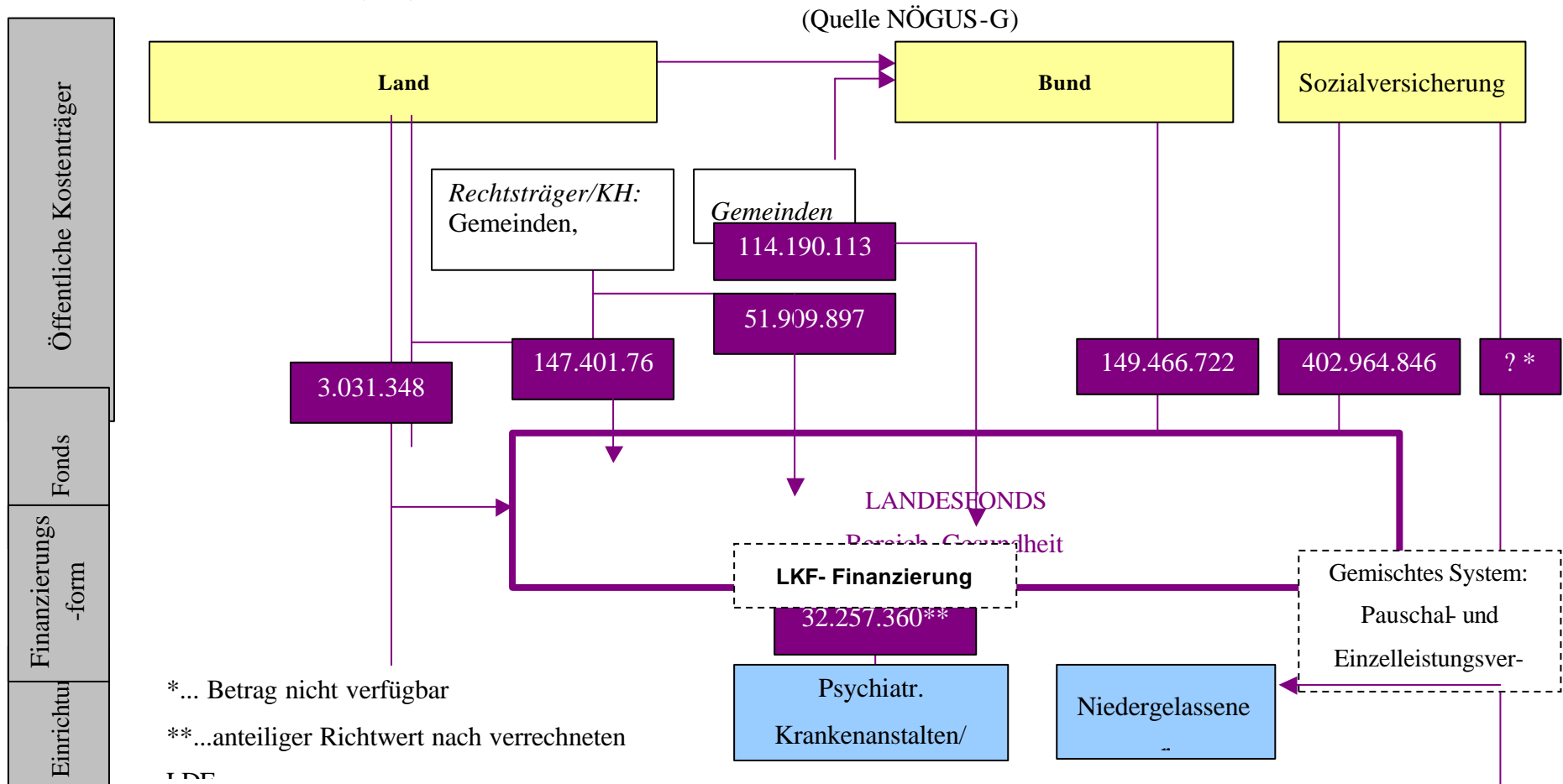
**Quantifizierung der Finanzierungsströme der öffentlichen Kostenträger in der psychiatrischen Versorgung in NÖ<sup>294</sup>:  
Bereich Soziales im Jahr 2001 (in €)**

(Quelle Land NÖ)



<sup>294</sup> Einschließlich der Mittel für Einrichtungen in anderen Bundesländern

**Quantifizierung der Finanzierungsströme der öffentlichen Kostenträger in der psychiatrischen Versorgung in NÖ:  
Bereich Gesundheit im Jahr 1999 (in €)**



### **D.2.2.3 Die Finanzierung im Gesamtüberblick**

#### **D.2.2.3.1 Grafische Darstellung der Finanzierungsströme**

In Abb. 2.2.3.1.1. wird ein Überblick über die Einbindung der öffentlichen Kostenträger dargestellt, wobei auch die Vergütungsformen, die für die jeweiligen Versorgungselemente gelten, angeführt sind. Abb. 2.2.3.1.2. zeigt abschließend einen Gesamtüberblick über die beteiligten Kostenträger, die vorhandenen Einrichtungen und die existierenden Finanzierungsströme.

Legende zu Abb. 2.2.3.1.1. und 2.2.3.1.2.

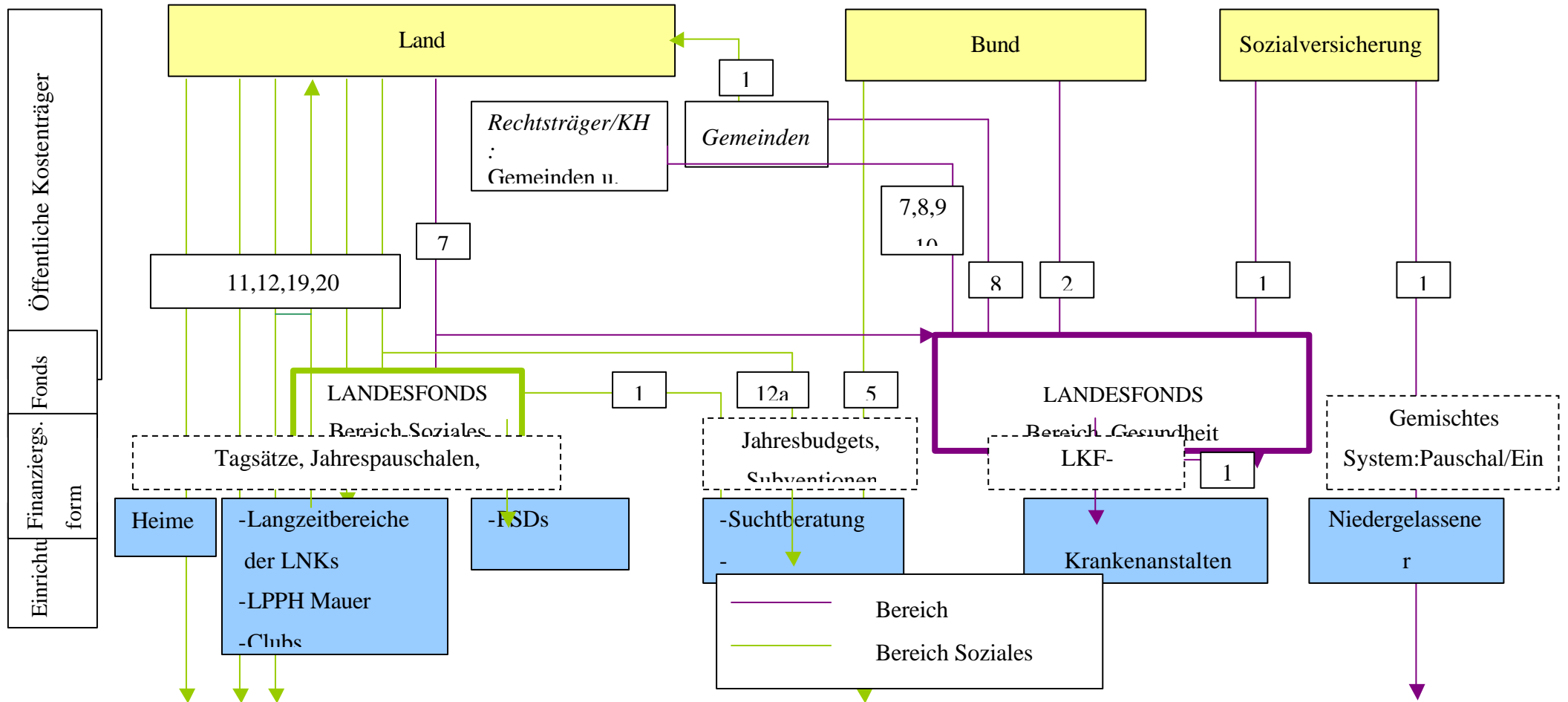
1. Finanzausgleich
2. Mittel des Bundes nach der geltenden Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG an den NÖGUS/Gesundheit (NÖGUS-G)
  - a) Mittel an Strukturfonds
  - b) 1,416% des Umsatzsteueraufkommens im betreffenden Jahr nach Abzug des Betrages gemäß §7 Abs. 2 Z 2 des FAG 1997
3. Mittel des Strukturfonds an den NÖGUS-G
4. Mittel des Bundes an Krankenhäuser (Pfleugegebühren für Forensik)
5. Mittel des Bundes an Einrichtungen im Zuständigkeitsbereich ‚Soziales‘: Suchtberatung, Einrichtungen im Bereich Arbeit, Familienberatung
6. Pflegegeld des Bundes
7. Mittel des Landes an den NÖGUS-G
  - a) 0,949% des Umsatzsteueraufkommens im betreffenden Jahr nach Abzug des Betrages gemäß §7 Abs. 2 Z 2 des FAG 1997

- b) Mittel des Landes als Krankenanstaltenträger
8. Mittel der Gemeinden an den NÖGUS-G
- a) 0,642% des Umsatzsteueraufkommens im betreffenden Jahr nach Abzug des Betrages gemäß §7 Abs. 2 Z 2 des FAG
  - b) Mittel der Gemeinden als Krankenanstaltenträger
9. Betriebsabgangsmittel des Landes als Krankenanstaltenträger an Krankenhäuser
10. Betriebsabgangsmittel der Gemeinden als Krankenanstaltenträger an Krankenhäuser
11. Mittel des Landes an den NÖGUS/Soziales (NÖGUS-S) gemäß dem Bruttobetrag der Versorgung für den Langzeitbereich DKL Gugging 1997
12. Mittel des Landes an Einrichtungen im Zuständigkeitsbereich Soziales
- a) Suchtberatung, Einrichtungen im Bereich Arbeit, Familienplanung,
  - b) Langzeitbereiche Gugging/Mauer, LPPH Mauer, WGs, Tagesstätten
  - c) Landes Pensionisten- und Pflegeheime (LPPHs) und private Heime
13. Mittel der Gemeinden an Land NÖ (50% der Sozialhilfenettokosten)
14. Mittel der Sozialversicherungsträger an den NÖGUS-G aufgrund der geltenden Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG (Pauschalbetrag)
15. Mittel der Sozialversicherungsträger an Vertragspartner im niedergelassenen Bereich
16. Mittel der Sozialversicherungsträger an Heime
17. Pensionszahlung der Sozialversicherungsträger an PatientInnen,  
Teilkostenrückerstattung für psychotherapeutische Leistungen und privatärztliche Leistungen
18. Mittel des NÖGUS-G an Krankenhäuser nach ‚Leistungsorientierter Krankenanstaltenfinanzierung‘

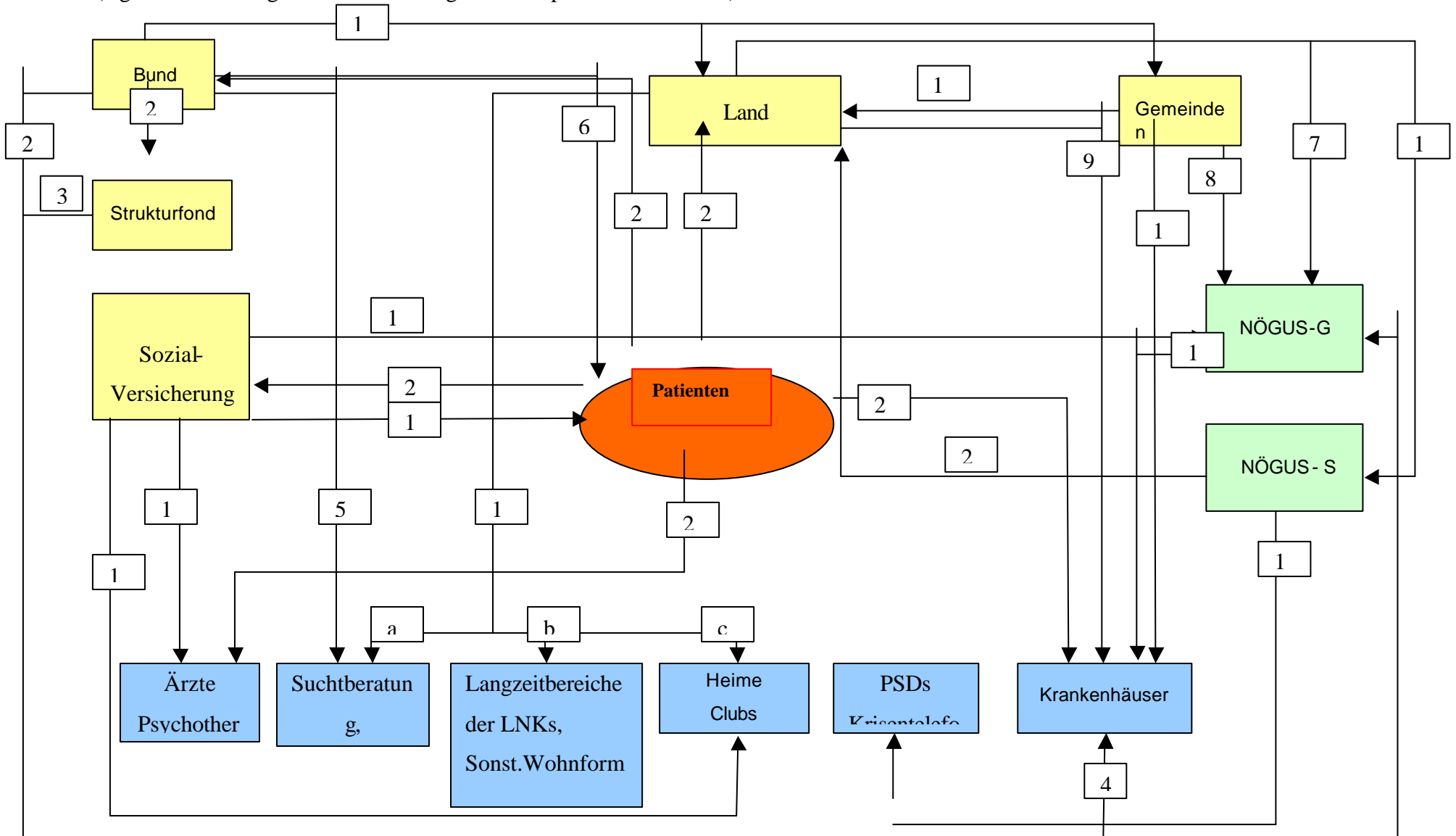
19. Mittel des NÖGUS-S an Einrichtungen im Zuständigkeitsbereich ‚Soziales‘ : PSDs, Krisentelefon, Bereich ‚Arbeit‘
20. Mittel des NÖGUS-S an Land (entspricht dem Bruttobetrag für 12b)
21. Mittel der PatientInnen an Krankenhäuser, niedergelassene ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen (Spitalskostenbeiträge, Zahlungen der privaten Krankenversicherung, Selbstbehalte, Selbstzahler)
22. Mittel der PatientInnen an das Land (Pensionen, Pflegegeld, sonstige private Mittel aus Regressforderungen)
23. Steuern
24. Sozialversicherungsbeiträge



Abb. 2.2.3.1.1. Finanzierungsströme der psychiatrischen Versorgung in NÖ: Beteiligung der öffentlichen Kostenträger



**Abb. 2.2.3.1.2. Finanzierungsströme der psychiatrische Versorgung in NÖ: Gesamtübersicht**  
 (eigene Ausführung unter Verwendung einer Graphik von IHS 2000)



#### **D.2.2.3.2 Tabellarischer Überblick der Finanzierung aus der Sicht der Kostenträger**

Die abschließenden tabellarischen Darstellungen liefern einen Überblick über die gesamte psychiatrische Versorgung, systematisch gegliedert nach den beteiligten Kostenträgern. In den Tabellen 2.3.2.1 und 2.3.2.2. wird die Beteiligung der öffentlichen Kostenträger, getrennt nach stationärem Bereich und ‚außerstationärem‘ Bereich, dargestellt. Die Tabellen 2.3.2.3. und 2.3.2.4. zeigen, nach derselben Gliederung, die Beteiligung der privaten Kostenträger.

**Tab. 2.2.3.2.1. Überblick- Finanzierungsbeteiligung der Kostenträger (1)**

Öffentliche Kostenträger/a							
	Sozialversicherung	Bund	Land	Gemeinden	BSB <sup>1</sup>	AMS	ESF <sup>2</sup>
<b>Stationärer Krankenhaus -bereich akut</b>	Gedeckelter Betrag nach 15a B-VG	-Pauschalbetrag nach 15a B-VG  -Pflegebühren für Patienten der Forensik	-Betrag nach Prozentsatz des Umsatzsteuer-aufkommens  -Trägeranteil 1 * -Trägeranteil 2 * -Trägeranteil 3 *	-gesetzlich geregelter Betrag nicht -krankenanstalten erhaltender Gemeinden  -Trägeranteil 1 * -Trägeranteil 2 * -Trägeranteil 3 *			
<b>Stationärer Bereich Langzeit</b> (Krankenh./Heime)	-fixer Tagsatz von 30 ATS für LPPHs mit ‚Pflegestatus‘ -Pauschalbeträge für einzelne Sonderleistungen		Beträge nach VO der LReg. und SHG für Langzeit KH-Bereich u. Heime	Beträge nach VO der LReg. und SHG für Langzeit KH-Bereich u. Heim			

<sup>1</sup> Bundessozialamt

<sup>2</sup> Europäischer Sozialfonds

\* sofern Rechtsträger einer Krankenanstalt

**Tab. 2.2.3.2.2. Überblick- Finanzierungsbeteiligung der Kostenträger (2)**

Öffentliche Kostenträger/b							
	Sozialversicherung	Bund	Land	Gemeinden	BSB	AMS	ESF
<b>Sonstige Wohnformen</b>			Jahrespauschalen/Platz und Klient; 50% der Kosten	Jahrespauschale/Platz und Klient; 50 % der Kosten			
<b>PSD</b>			Jahresbudget; 50% der Kosten	Jahresbudget; 50% der Kosten			
<b>Tagesstätten</b>			Jahrespauschale/Platz und Klient; 50% der Nettokosten	Jahrespauschale/Platz und Klient; 50% der Nettokosten			
<b>Clubs</b>			Jahrespauschale; 50% der Kosten	Jahrespauschale; 50% der Kosten			
<b>Suchtberatung</b>		Subvention d. Bundesministeriums für Soziales	Jahresbudget; 50% der Kosten	Jahresbudget; 50% der Kosten			
<b>Familienberatung</b>		Förderung (Personalkosten)	Förderung	Förderung		Förderung	
<b>Institut für berufl. Integration/Arbeits-Assistenz/BBO<sup>1</sup></b>			Jährlicher Pauschalbetrag		Jährlicher Pauschalbetrag	wie BSB	wie BSB
<b>Niedergelassene ÄrztInnen</b>	Finanzierung der Leistungen praktischer ÄrztInnen und FachärztInnen						
<b>Psychotherapie</b>	Teilkosten-rückerstattung für psychotherapeutische Leistungen						

<sup>1</sup> Beschäftigungs- und Berufsorientierung

Tab. 2.2.3.2.3 Überblick- Finanzierungsbeitrag der Kostenträger (3)

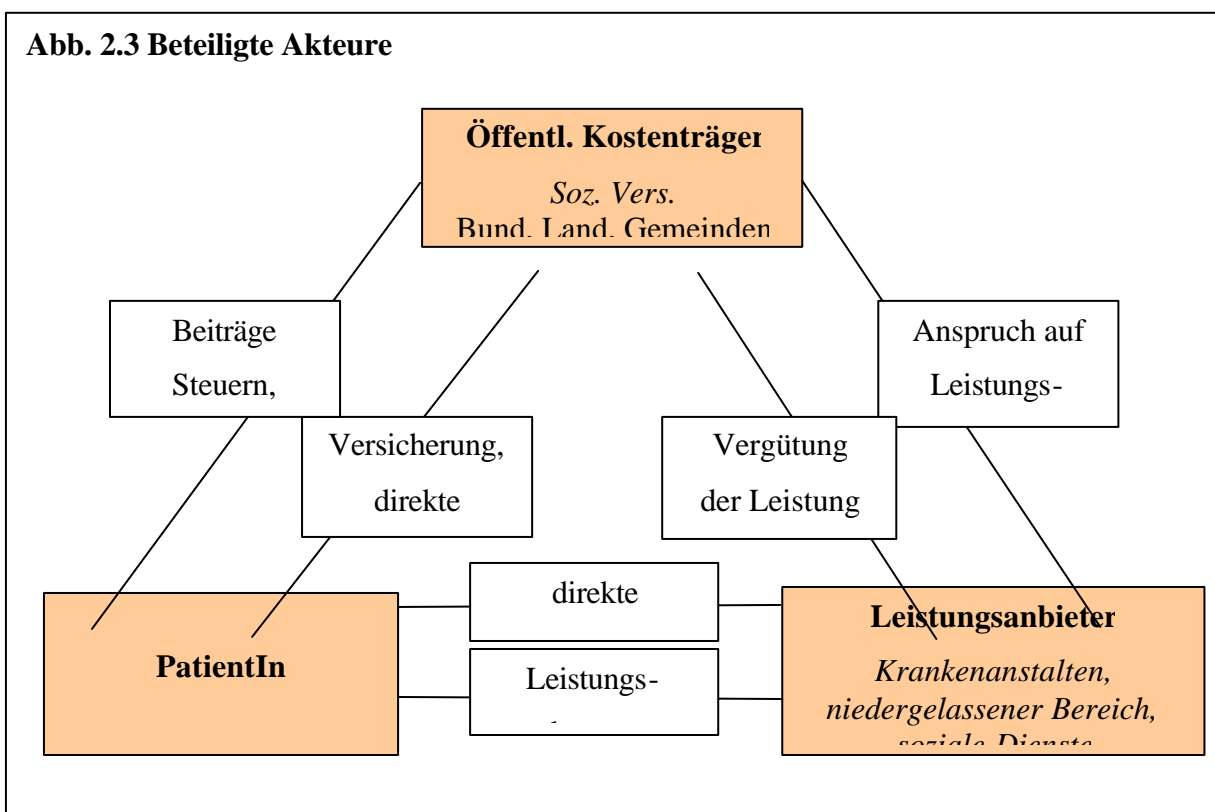
	Private Selbstbeteiligung/Kostenbeiträge		gänzlich private Finanzierung	Privatversicherung	Eigenmittel privater Träger	Informelle Arbeit
	absolute Beiträge bzw. Kostenbeiträge als Ergänzung zu öffentlichen Kostenträgern	private Kostenbeiträge als Finanzierungsgrundlage				
<b>stationärer Krankenhausbereich akut</b>	Selbstbehalt in der Form zu leistender Kostenbeiträge (1999: 71 ATS/Tag für max. 28 Tage/Jahr)			-Zuschläge bei Pflegegebühren für SonderklassenpatientInnen (Hotelkomponente) -Pflegegebühren von Selbstzahlern (Selbstversicherte)		Betreuung durch Angehörige und ehrenamtliche Tätigkeiten
<b>stationärer Bereich Langzeit</b> (Krankenh./Heime)		-Kostenersatz durch Hilfeempfänger (v.a. Pensionen, Pflegegeld)  -Kostenersatz durch Dritte (Erben, direkte Angehörige des Hilfeempfängers,..)	-vollständiger Kostenersatz durch Hilfeempfänger (v.a. Pensionen, Pflegegeld)			

**Tab. 2.2.3.2.4. Überblick- Finanzierungsbeteiligung der Kostenträger (4)**

Private Kostenträger/b						
	Private Selbstbeteiligung/Kostenbeiträge		gänzlich private Finanzierung	Privatversicherung	Eigenmittel privater Träger	Informelle Arbeit
	absolute Beiträge bzw. Kostenbeiträge als Ergänzung zu öffentlichen Kostenträgern	private Kostenbeiträge als Finanzierungsgrundlage				
<b>Punktbetreute Wohnformen</b>		Laufende Kosten für Wohnen (Miete, Verpfleg.)			Eigenmittel der Caritas	Betreuung durch Angehörige und ehrenamtliche Tätigkeiten
<b>PSD</b>	Geringfügige Selbstbehalte für Bastel- und Handwerksmaterial					
<b>Tagesstätten</b>		-Kostenersatz durch Hilfeempfänger -Kostenersatz durch Dritte				
<b>Clubs</b>						
<b>Institut für berufl. Integration/ Arbeitsassistenz/ BBO</b>						
<b>niedergelassene ÄrztInnen</b>	Rezeptgebühr, Krankenscheingebühr	Private Selbstbeteiligung für fachärztliche Leistg.	Private Zahlung fachärztlicher Leistungen	Abdeckung fachärztlicher Leistungen durch Privatversicherung		
<b>Psychotherapie</b>		Private Selbstbeteiligung für psychotherapeutische Leistungen	Private Zahlung psychotherapeutischer Leistungen			

## D.2.3 Überblick über die Anreizwirkungen innerhalb der Finanzierungsstrukturen und deren Folgewirkungen für die Versorgung

Abb. D.2.3 zeigt einen Überblick über die an der Finanzierung beteiligten Akteure. Die Akteure stehen dabei im Dreiecksverhältnis Kostenträger-Leistungsanbieter-PatientInnen. Die derzeitigen Finanzierungsstrukturen bringen unterschiedliche Anreiz- und Steuerungswirkungen für diese Akteure mit sich. Dabei spielen Informationsasymmetrien, die zwischen den Akteuren aufgrund ökonomischer Charakteristika des Gesundheitswesens auftreten, sowie unterschiedliche Machtverhältnisse zwischen den Akteuren eine bedeutende Rolle. In den vorhandenen Vergütungsformen, den unterschiedlichen monetären Transfermodi, sowie sonstiger, vorgegebener Charakteristika (z.B. rechtlich, strukturell, institutionell) spiegeln sich diese Gesichtspunkte wider. Im folgenden werden die wesentlichen Anreizwirkungen in den derzeitigen Finanzierungsstrukturen kurz beschrieben.





### **D.2.3.1 Anreizwirkungen durch Vergütungsformen**

**IM BEREICH DER KRANKENANSTALTENFINANZIERUNG BRACHTE DIE ,LEISTUNGSORIENTIERTE KRANKENANSTALTENFINANZIERUNG‘ WESENTLICHE VERÄNDERUNGEN IM ANREIZSYSTEM MIT SICH. DURCH DIE NUNMEHR IM WEITESTEN SINN PROSPEKTIVE, ANSTELLE DER FRÜHEREN RETROSPEKTIVEN, FINANZIERUNG SOWIE DURCH DIE DECKELUNG DES BEITRAGES DER SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER WIRD DAS FINANZIELLE RISIKO VOM HAUPTFINANCIER SOZIALVERSICHERUNG ZUM LEISTUNGSANBIETER VERLAGERT. JE GRÖßER DER DRUCK FÜR LEISTUNGSANBIETER, DESTO MEHR ENTSTEHT IN DER FOLGE DER ANREIZ, DAS FINANZIELLE RISIKO AUF DIE PATIENTINNEN ZU ÜBERTRAGEN. DARAUS RESULTIERT EINERSEITS DIE GEFAHR DES VERMEIDENS FINANZIELL ,UNATTRAKTIVER PATIENTINNEN‘ ODER DES SELEKTIERENS ,FINANZIELL ATTRAKTIVER PATIENTINNEN‘. AUßERDEM BESTEHT GEGENÜBER ANDEREN KRANKENANSTALTENTRÄGERN DER ANREIZ DER MENGENAUSWEITUNG ODER DER DIAGNOSENMANIPULATION UM HÖHERE PUNKTEANZAHLEN UND DEMNACH MÖGLICHST HOHE LKF- EINNAHMEN AUS DEM ,GEMEINSAMEN TOPF‘ ZU LUKRIEREN. SCHLUSSENDLICH KANN DIE NEUREGELUNG AUCH EINEN VERGLEICHSWEISE HÖHEREN ANTEIL AN STEUERFINANZIERUNG ZUR FOLGE HABEN, DA JA ETWAIGE UNTERDECKUNGEN VOM KRANKENHAUSTRÄGER, ALSO VON LAND ODER GEMEINDEN, FINANZIERT WERDEN MÜSSEN. ANDERERSEITS BRINGT DIESE VERGÜTUNGSFORM AUCH DEN ANREIZ MIT SICH - UND DIES WAR EIN ZENTRALES ARGUMENT FÜR DEREN EINFÜHRUNG - DIE VERWEILDAUER ZU SENKEN. IN DER PSYCHIATRIE WIRD DADURCH EINER LANGZEITHOSPITALISIERUNG IM KRANKENHAUS GEGENGESTEUT.**

Im Vergleich zum ‚Bereich Gesundheit‘ sind die Akteurverhältnisse im ‚Bereich Soziales‘ eher zugunsten der Leistungsanbieter ausgerichtet, was nicht nur in den verwendeten Vergütungsformen, sondern auch in der Monopolstellung, die die Anbieter häufig in den einzelnen Regionen einnehmen, begründet ist. Daraus resultiert eine angebotsorientierte

Versorgung, bei der Anbieter sowohl das individuelle Leistungsangebot als auch die Wahl der PatientInnen maßgeblich bestimmen können. Betrachtet man zusätzlich die finanziellen Dimensionen dieser Anreizstruktur kann neben der finanziellen Auswirkung für öffentliche Kostenträger auch eine finanzielle Mehrbelastung für PatientInnen die Folge sein, insbesondere weil ja aufgrund des Subsidiaritätsprinzips in den meisten Fällen als erstes private Mittel und erst in zweiter Linie öffentliche Mittel für die Finanzierung der Einrichtungen herangezogen werden.

In diesem Zusammenhang wäre eine verbesserte Datenlage, die Auskunft über Finanzierungslasten der beteiligten Akteure gibt, wünschenswert. Abgesehen davon bringen die am häufigsten vorhandenen Vergütungsformen, wie z.B. Tagsätze oder Jahrespauschale/Klient, deren Höhe oft nach einer 80-95%igen Auslastung berechnet wird, prinzipiell den Anreiz mit sich, dass die Anbieter jeder einzelnen Einrichtung eine möglichst hohe Auslastung und eine geringe Fluktuation anstreben, um kostendeckend zu wirtschaften.

#### **D.2.3.2 Monetäre Transfermodi**

Während im Bereich der Krankenanstaltenfinanzierung ein einheitlicher monetärer Transfermodus besteht, bei dem die Finanzierung aller Anbieter über den NÖGUS-G läuft, gibt es im ‚Bereich Soziales‘ für verschiedene Formen der Einrichtung bzw. abhängig vom Zeitpunkt des Bestehens einer Einrichtung einen separaten Finanzierungsmodus. Dies betrifft nicht nur die Vergütungsform an sich, sondern auch den Geldtransfermodus vom Kostenträger zum Leistungsanbieter (vgl. Abb. 2.2.15). Durch die unterschiedlichen Finanzierungsmodi wird die Versorgung fragmentiert und eine optimale Kooperation und Koordination zwischen den Anbietern verunmöglicht. Auch dadurch wird die angebotsorientierte Versorgung unterstützt. In erster Linie schränkt die Finanzierungsstruktur die Flexibilität der Betreuung ein und führt dazu, dass PatientInnen, gerade wenn komplexe Bedürfnisse bestehen, zwischen den unterschiedlichen Einrichtungen ‚hin- und hergeschoben‘ werden, auch wenn derselbe Kostenträger für die Finanzierung zuständig ist.

Ein wesentliches Charakteristikum ist auch der getrennte Finanzierungsmodus zwischen stationärer Versorgung und der Versorgung im niedergelassenen Bereich. Aufgrund der Deckelung des Sozialversicherungsbetrages für die Krankenanstaltenfinanzierung kann seitens der Sozialversicherungsträger kein Interesse bestehen, Leistungen im niedergelassenen

Bereich zu fördern, weil jedes Mehr an Leistungen im niedergelassenen Bereich ein Mehr an Ausgaben für die Sozialversicherungsträger bedeutet, umgekehrt aber eine Mengenausweitung im stationären Bereich keine finanzielle Mehrbelastung bedeutet.

Da dem niedergelassenen Bereich in Österreich keine direkte ‚Gatekeeper- Funktion‘ zukommt, wird die Anzahl der aufgenommenen PatientInnen hauptsächlich vom Leistungserbringer, also vom Krankenhausträger gesteuert, der aber, aufgrund der Anreizwirkung die bei einer Fallpauschalenvergütung bestehen (vgl. D.3.1.) ebenso an einer Erhöhung der Fallzahlen interessiert ist. Die Folge ist eine ‚kopflastige Versorgung‘, die dem eigentlichen Grundsatz ‚soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig‘ entgegensteht.

**NEBEN DER TRENNUNG IN STATIONÄR UND AMBULANT FÜHRT SCHLUSSENDLICH AUCH DIE TRENNUNG DER FINANZIERUNG IN DEN ‚BEREICH GESUNDHEIT‘ UND DEN ‚BEREICH SOZIALES‘ ZU EINER SCHNITTSTELLENPROBLEMATIK. DURCH DIE TRENNUNG DER FINANZIERUNG IN ZWEI ZUSTÄNDIGKEITSBEREICHE MIT UNTERSCHIEDLICHER KOSTENTRÄGERSCHAFT KANN ES ZUM ‚ABSCHIEBEN‘ BZW. TRANSFERIEREN VOM ‚ZUSTÄNDIGKEITSBEREICH SOZIALVERSICHERUNG‘ ZUM ‚ZUSTÄNDIGKEITSBEREICH SOZIALHILFE‘ KOMMEN. EINE WESENTLICHE ROLLE SPIELEN DABEI DEFINITIONEN DES KRANKHEITSBEGRIFFES IM SOZIALVERSICHERUNGSGESETZ UND DIE DAVON ABHÄNGIGE ZUSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG DER SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER FÜR DIE FINANZIERUNG.**

#### **D.2.3.3 Sonstige Charakteristika**

Neben den Vergütungsformen und den Transfermodi spielt auch die Vertragsgestaltung eine wichtige Rolle für Anreizwirkungen. So ist diese in erster Linie auf konstante Betreuungsbedarfe ausgelegt und lässt wenig Spielraum für individuelle bedürfnisorientierte Betreuung.

## **Zusammenfassung: Charakteristika der Versorgung als Folgewirkung der derzeitigen Finanzierung**

- Institutionszentrierte und angebotsorientierte Versorgung
- spitalszentrierte Versorgung
- Schnittstellenproblematik Gesundheit <-> Soziales, ambulant <-> stationär
- Finanzierungsmodi zergliedern die Versorgung
- ‚unverbundenes Nebeneinander‘ der einzelnen Elemente verhindert optimale Kooperation  
und Koordination
- Zentrierung auf einzelwirtschaftliche/betriebswirtschaftliche Rationalität der einzelnen  
Einrichtungen
- Anreiz zu Patientenselektion, Transferierungen, „Abschieben“

Die Anreizwirkungen in den derzeitigen Finanzierungsstrukturen verhindern somit insgesamt eine gemeindenahе und patientInnenorientierte bzw. personenzentrierte psychiatrische Versorgung. Im Anbieter-Financier-PatientInnen Dreieck stellen PatientInnen derzeit den schwächsten Part dar. Aus ökonomischer Sicht führt die ebenfalls mit den Finanzierungsstrukturen verbundene mögliche Unter-, Über- oder Fehlversorgung im Gesamtsystem zu einer suboptimalen Nutzung der Ressourcen und daher zu gesamtwirtschaftlicher Ineffizienz.

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die Etablierung einer gemeindenahen und personenzentrierten psychiatrischen Versorgung beträchtliche Herausforderungen bezüglich einer Neugestaltung von Finanzierungsstrukturen und der damit verbundenen Anreiz- und Steuerungswirkungen mit sich bringt.

### **D.2.4 Finanzierungsmodelle**

Aufbauend auf den dargelegten Analysen werden in einem nächsten Schritt Konzepte für mögliche modifizierte bzw. neue Finanzierungsmodelle für die psychiatrische Versorgung im Sinne der in Kapitel A.2 dargelegten Leitlinien entwickelt. Dabei wird auch versucht, das entwickelte Konzept des Regionalen Psychiatrischen Verbundes (siehe D.1) zu integrieren.

### **D.2.4.1 Kriterien**

Anhand der Analyse wurden zunächst Kriterien für die Finanzierung definiert, deren Erfüllung eine wesentliche Voraussetzung für die Ziele Gemeindenähe und Patientenorientierung darstellt.

#### **1. Integrierte Versorgung**

Die Finanzierung sollte eine integrierte Versorgung ermöglichen bzw. fördern. Das heißt, Finanzierungsmodelle müssten so konzipiert sein, dass vorhandene Schnittstellen und duale Strukturen (Gesundheit<->Soziales, ambulant<->stationär) berücksichtigt und die Zergliederung der Versorgungselemente und damit verbundene Koordinationsdefizite abgebaut werden.

#### **2. Abbau der spitalszentrierten Versorgung**

Die Anreize sollten in erster Linie bei ‚nicht-krankenhaus‘ zentrierten und gemeindenahen, niedergelassenen bzw. ambulanten Einrichtungen liegen, um die kopflastige Versorgung umzukehren.

#### **3. Ausgleich von Informationsasymmetrien und Akteurinteressen**

Die Finanzierung sollte so gestaltet sein, dass derzeitige erhebliche Machtungleichgewichte zwischen Kostenträgern und Anbietern, Kostenträgern und PatientInnen oder Anbietern und PatientInnen ausgeglichen werden, da dadurch die Möglichkeit einzelner Akteure, das System im eigenen Interesse ‚auszunutzen‘, eingeschränkt werden. Eine wichtige Bedeutung kommt dabei dem Abbau der Informationsasymmetrien zwischen den Akteuren zu.

#### **4. Bedarfsorientierte Versorgung**

Die Finanzierung müsste Anreize von einer angebotsorientierten zu einer nachfrageorientierten bzw. bedarfsorientierten Versorgung umgestalten.

#### 5. Effizienz

Die Finanzierung soll Über-, Unter- und Fehlversorgung in den einzelnen Bereichen verhindern helfen und somit eine möglichst effiziente Nutzung der Ressourcen in der gesamtpsychiatrischen Versorgung ermöglichen.

#### 6. Gleicher Zugang zu hoch qualitativen Leistungen

Die Finanzierung sollte so gestaltet sein, dass allen PatientInnen gleicher Zugang zu adäquater psychiatrischer Versorgung ermöglicht wird. Gleichzeitig muss auch verhindert werden, dass finanzielle Risiken auf PatientInnen übertragen werden können.

Im Folgenden werden fünf Konzepte möglicher Finanzierungsmodelle für die psychiatrische Versorgung vorgestellt, in denen auch das Modell des Regionalen Psychiatrischen Verbunds auf unterschiedliche Art und Weise in die Finanzierung integriert ist. Die Modelle beziehen sich zunächst auf den Bereich „Soziales“ und in manchen Fällen auch auf den Bereich „Gesundheit“. Sie werden zunächst im Einzelnen beschrieben. In einer Übersichtstabelle werden anschließend die wesentlichen Merkmale hinsichtlich Kompetenzverteilung in den einzelnen Modellen zusammengefasst. Abschließend werden die Modelle anhand der obigen Kriterien bewertet und mögliche Vor- und Nachteile hinsichtlich der Zielvorstellungen aufgezeigt.

## **D.2.4.2 Modelle**

### **D.2.4.2.1 Modell 1: ‚Status Quo Modell‘ (Abb. D.3.4.2.1)**

Bei diesem Modell wird die derzeitige Finanzierungsstruktur beibehalten. Die zentrale finanzielle Verantwortung liegt im Bereich „Soziales“, so wie bisher, ausschließlich beim Land NÖ, das sowohl wichtigster öffentlicher Kostenträger, als auch Vertragspartner der Träger sowie Finanzierungsinstitution für einen Großteil der Einrichtungen ist. Die Finanzierung der Einrichtungen im ‚Bereich Gesundheit‘ verläuft getrennt davon.

Der NÖGUS-S ist für einzelne Einrichtungen die direkte Finanzierungsinstitution und übernimmt ansonsten hauptsächlich Aufgaben der Qualitätskontrolle, sowie Planungs- und Monitoringfunktionen.

Auf regionaler Ebene erfolgen die Leistungserbringung und eine Mitgestaltung bei Monitoring und Planung.

Neu an diesem Modell ist die konkrete Eingliederung des RPVs in die Finanzierung. Die Elemente des RPVs werden also in das *bestehende Modell* integriert und nach den bisherigen Regelungen finanziert. Demnach würden beispielsweise jene Bereiche, in denen die PatientInnen dauerhaft anwesend sind (z.B. vollbetreute Wohnformen) über die Sozialhilfe finanziert werden, die retrospektiv die Bruttokosten dem NÖGUS-S in Rechnung stellt. Die „Regionalkonferenz“ könnte direkt über den NÖGUS-S finanziert werden.

### **D.2.4.2.2 Modell 2: ‚NÖGUS-S Modell‘ (Abb. 3.4.2.2.)**

In diesem Modell wird die *zentrale finanzielle Verantwortung auf den NÖGUS-S* übertragen. Er ist somit die zentrale Verwaltungs- und Finanzierungsinstitution, sowie auch der Vertragspartner der Träger und Kooperationspartner des NÖGUS-G. Steuerungsfunktionen liegen hier in erster Linie beim NÖGUS-S; Anreize werden durch vertragliche Regelungen und entsprechende Vergütungsformen für Anbieter geschaffen;

Das Land NÖ stellt dem NÖGUS-S ein sogenanntes Globalbudget zur Verfügung und übernimmt als Kostenträger die Aufgabe der Grobplanung und der Festlegung der wichtigsten



Standards. Der NÖGUS-S als zentraler Fundholder ist demnach verantwortlich für die Bedarfsevaluierung und die Definition qualitativer und quantitativer Versorgungsziele in den sieben Psychiatrieregionen. Er fungiert sozusagen als Nachfrager und schließt mit den Trägern, die die Leistung zu den gewünschten Konditionen anbieten können langfristige, aber kündbare Leistungsverträge ab. Im Hinblick auf Steuerung muss dabei auch diskutiert werden, welche Vergütungsformen schließlich für die einzelnen Anbieter gewählt werden, da diesen eine wesentliche Steuerungsfunktion zukommt. Dazu zählen Möglichkeiten der retrospektiven oder prospektiven Abrechnungsprinzipien. Innerhalb dieser Kategorien kann die Finanzierung außerdem in Form von Selbstkostendeckung, Einzelleistungsvergütung, Fallpauschalen, Globalbudgets, Mischformen oder über Budgetierung erfolgen.

Ein Beispiel wäre ein prospektives Globalbudget, mit dem ein ‚Personalpool‘ für mehrere Einrichtungen finanziert wird, für eine mögliche Vergütungsform. Es könnte dabei entweder einem Träger ein Globalbudget für seine gesamten Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden, oder es wird ein Globalbudget für alle Wohnformen berechnet, das mehreren Trägern gemeinsam zur Verfügung gestellt wird. Eine patientInnenorientierte Versorgung wird dabei in der Weise unterstützt, dass durch verstärkte Personal-Flexibilität nicht PatientInnen bei geändertem Unterstützungsbedarf die Einrichtung wechseln, sondern das Betreuungspersonal dort je nach Bedarf mehr oder weniger Betreuung leistet.

Die Gestaltung der Finanzierung des Regionalen Psychiatrischen Verbundes (RPV) obliegt in diesem Modell dem NÖGUS-S. Dabei kann beispielsweise die Leistungserbringung des RPVs über eine direkte vertragliche Regelung zwischen dem Träger dieser Einrichtung und dem NÖGUS-S erfolgen oder die Verträge zwischen NÖGUS-S und anderen Trägern (z.B. PSZ GesmbH) sind so gestaltet, dass diese an eine Kooperation mit dem RPV gebunden sind und Leistungen des RPVs aus ihren Budgets finanziert werden.

#### **D.2.4.2.3 Modell 3: 'NÖGUS-Modell' (Abb. D.3.4.2.3)**

Das Modell 3 stellt eine modifizierte Version des Modells 2 dar. NÖGUS-S und NÖGUS-G werden fusioniert in einen *einheitlichen Landesfonds*. Alle Kostenträger, die bisher an der Finanzierung (sowohl des ‚Bereichs Gesundheit‘, als auch des ‚Bereichs Soziales‘) beteiligt waren, finanzieren einen ‚Gesamtlandestopf‘. Der NÖGUS ist die zentrale Verwaltungs- und Finanzierungsinstitution, sowie auch der Vertragspartner der Träger für die bisher getrennten Bereiche ‚Gesundheit‘ und ‚Soziales‘, also für Krankenanstalten, niedergelassenen Bereich und Sozialbereich. Steuerungsfunktionen liegen wie im vorherigen Modell in erster Linie beim NÖGUS. Anreize werden durch vertragliche Regelungen und durch entsprechende Vergütungsformen geschaffen. Die Kostenträger übernehmen Aufgaben der Grobplanung und Festlegung der Standards.

#### **D.2.4.2.4 Modell 4: ‚Regionales S-Modell‘ (Abb. D.3.4.2.4)**

Im Modell 4 liegt die *finanzielle Verantwortung zur Gänze auf regionaler Ebene*. Über den NÖGUS-S erfolgt die Allokation der Geldmittel in der Form eines regionalen Globalbudgets auf regionale Fundholder, die als eigene Organisation die Finanzierung, Steuerung und Vertragsgestaltung nach zentral vorgegebenen Kriterien für jede Region übernehmen. Die Funktion des regionalen Fundholders könnte über den RPV ausgeübt werden. Jene Aufgaben, die im Modell 2 vom NÖGUS-S durchgeführt werden (Bedarfsevaluierung, Zieldefinition, Nachfragefunktion und Vertragsabschluss), werden in diesem Modell auf den regionalen Fundholder übertragen. Dem NÖGUS-S fällt neben der Allokation der Geldmittel die Aufgabe des zentralen Monitorings zu.

#### **D.2.4.2.5 Modell 5: ‚Regionales Psychiatriebudget‘ (Abb. D.3.3.4.2.5.1.; D.3.3.4.2.5.2)**

Dieses Modell stellt eine Modifikation der Modelle 3 und 4 dar. Es werden die gesamten Mittel des ‚Bereichs Gesundheit‘ und des ‚Bereichs Soziales‘, die für die Finanzierung der psychiatrischen Versorgung verwendet werden, auf die sieben Psychiatrieregionen in Form eines regionalen Globalbudget (vgl. Modell 4) aufgeteilt. Im Unterschied zu Modell 4 liegt somit auch für die stationäre psychiatrische Krankenhausversorgung und für den niedergelassenen Bereich die Verantwortung und Steuerung auf regionaler Ebene.

**Abb. D.2.4.2.1. Finanzierungsmodell 1  
 ‚Status Quo Modell‘**

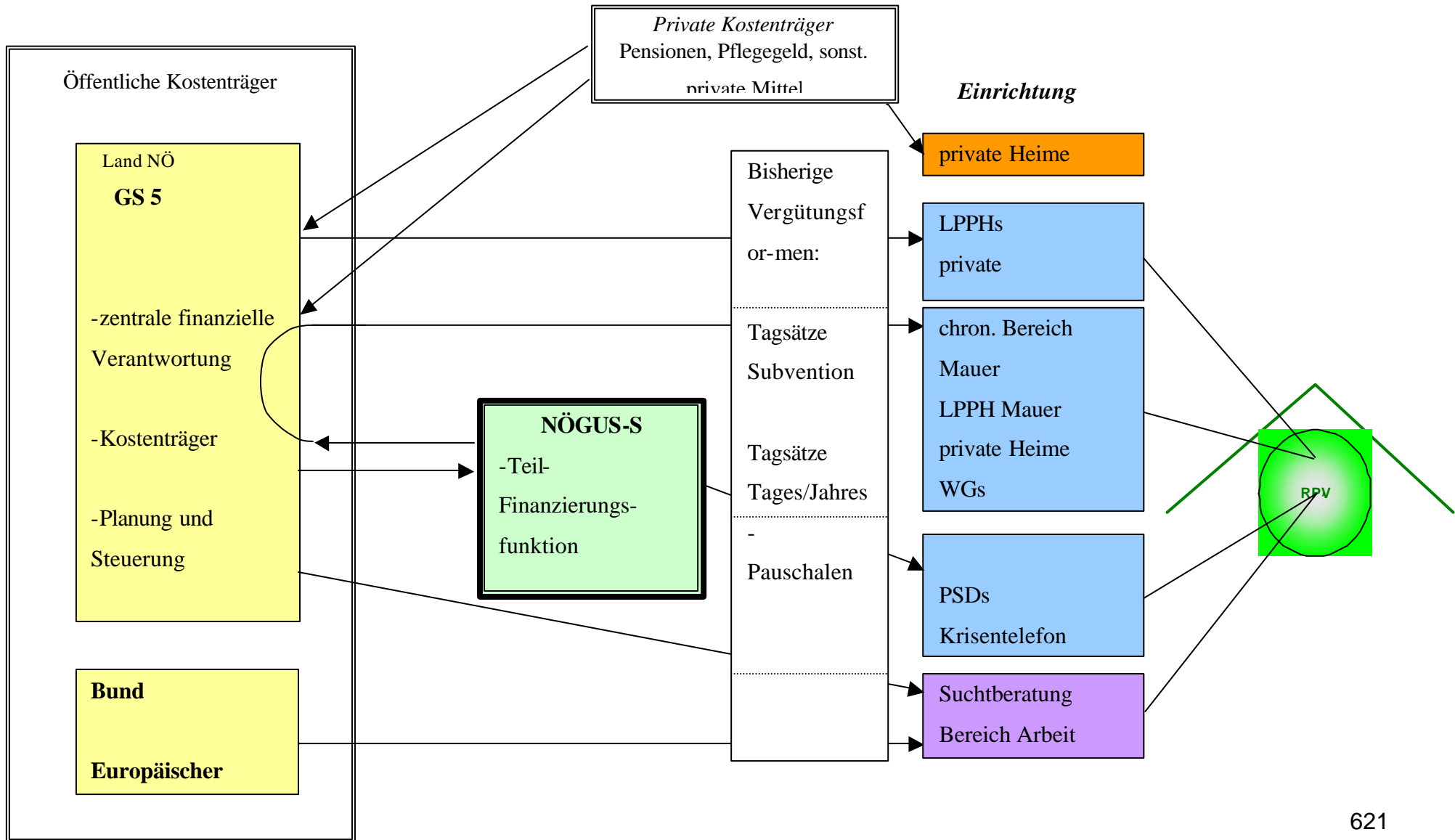


Abb. D.2.4.2.2. Finanzierungsmodell 2  
 ‚NÖGUS-S(ozial) Modell‘

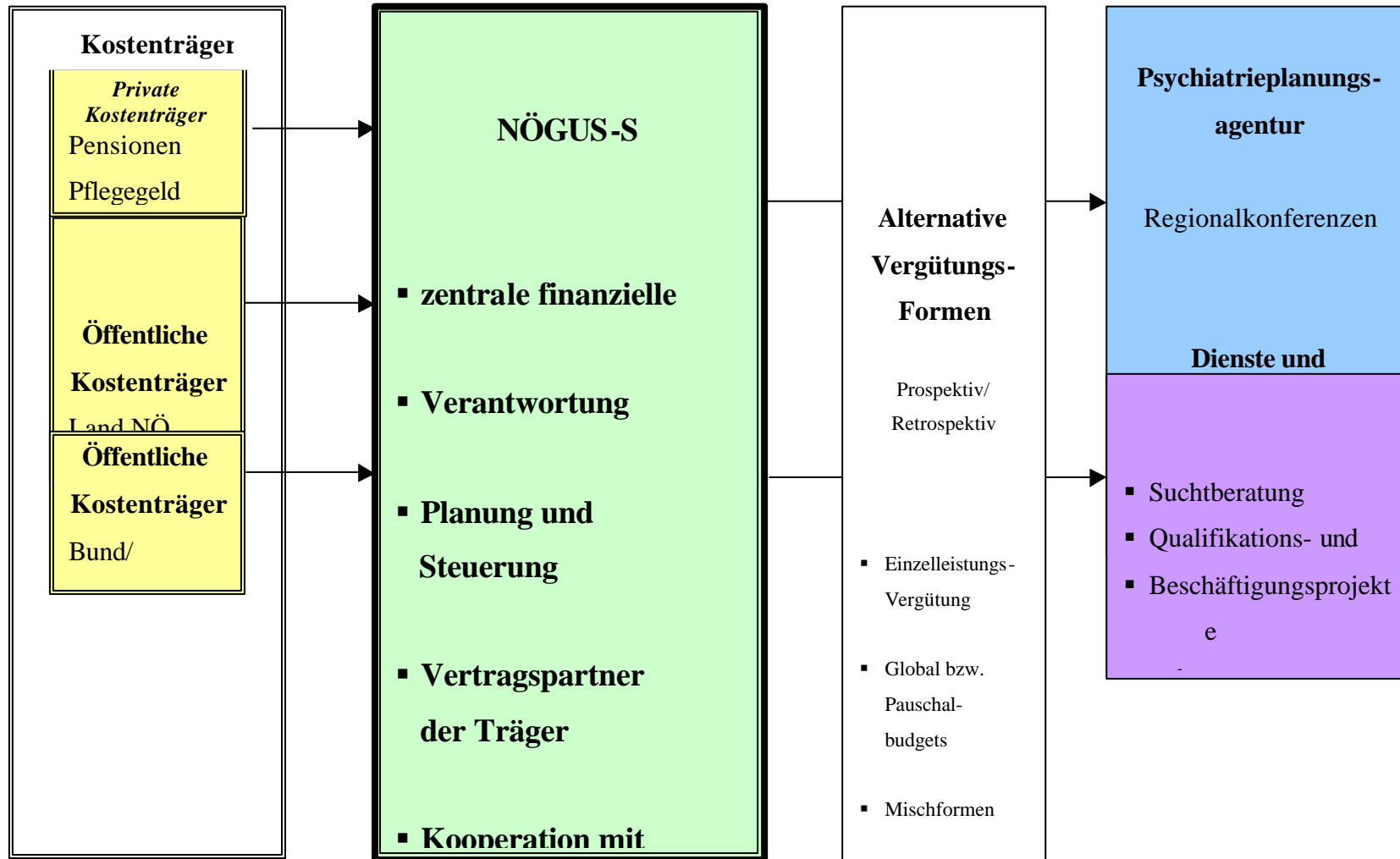


Abb. D.2.4.2.3. Finanzierungsmodell 3  
 „NÖGUS - Modell“

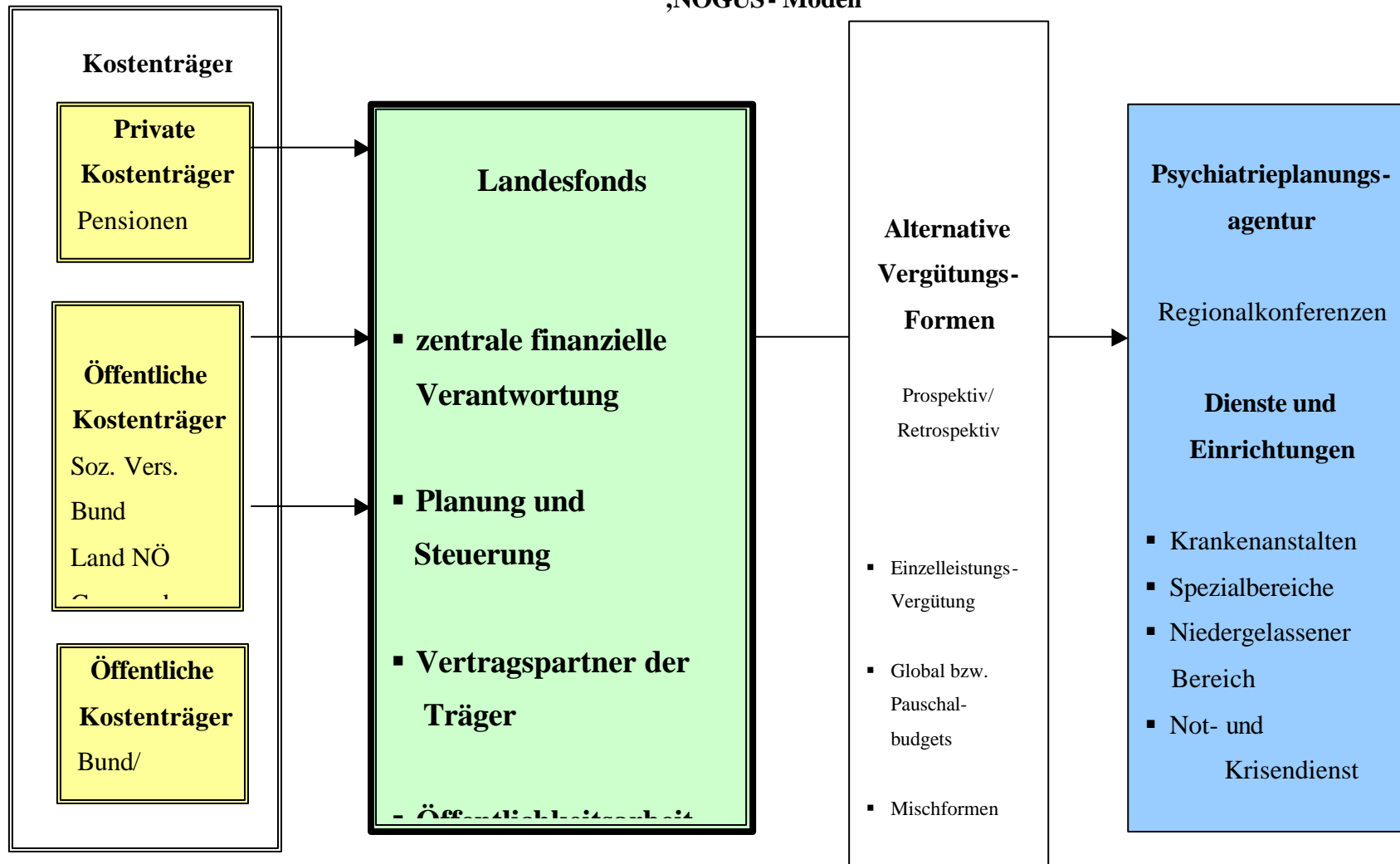
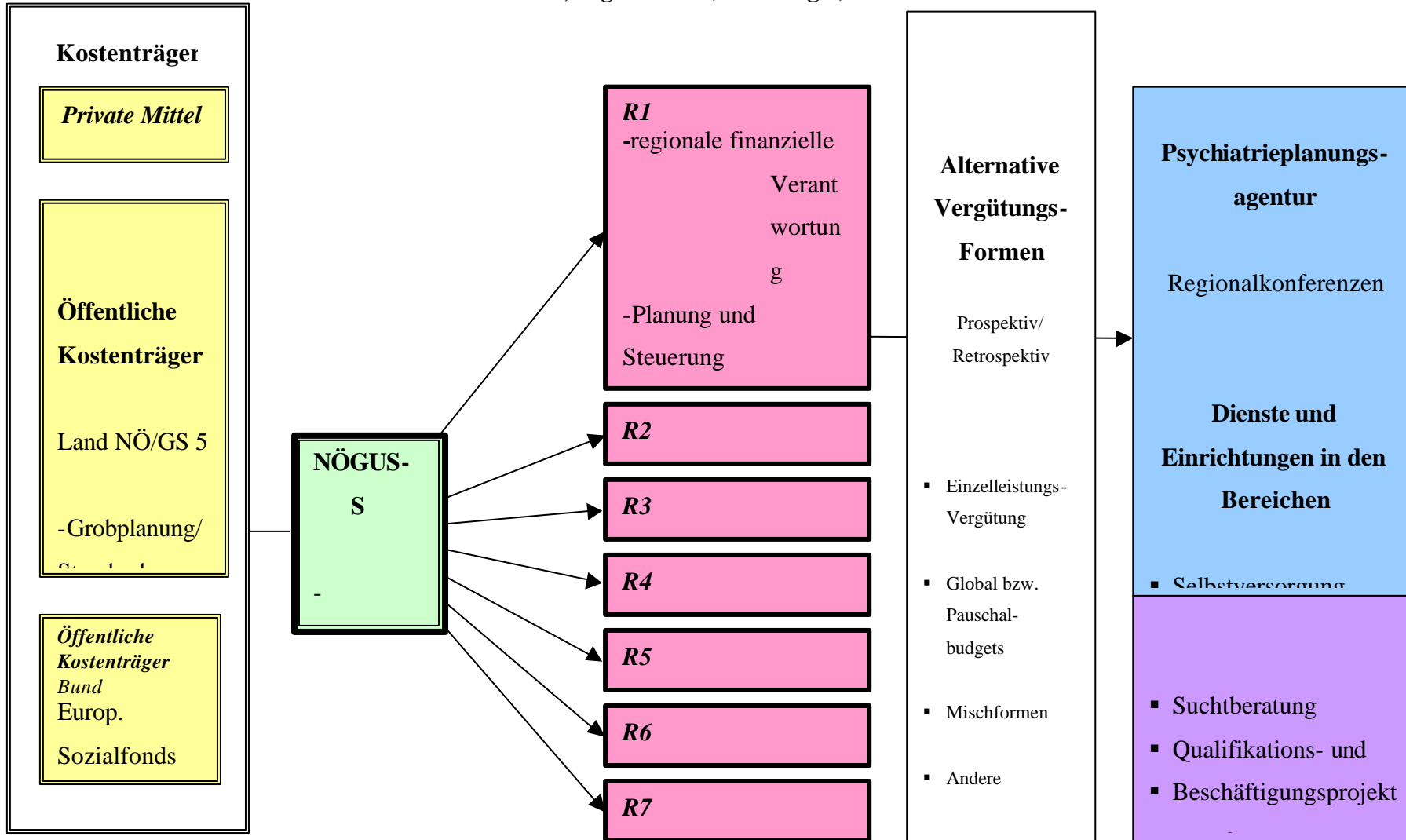




Abb. D.2.4.2.4. Finanzierungsmodell 4  
,Regionales S(ozialbudget)- Modell'





**Abb. D.2.4.2.5 Finanzierungsmodell 5  
 ‚Regionales Psychiatriebudget- Modell‘**

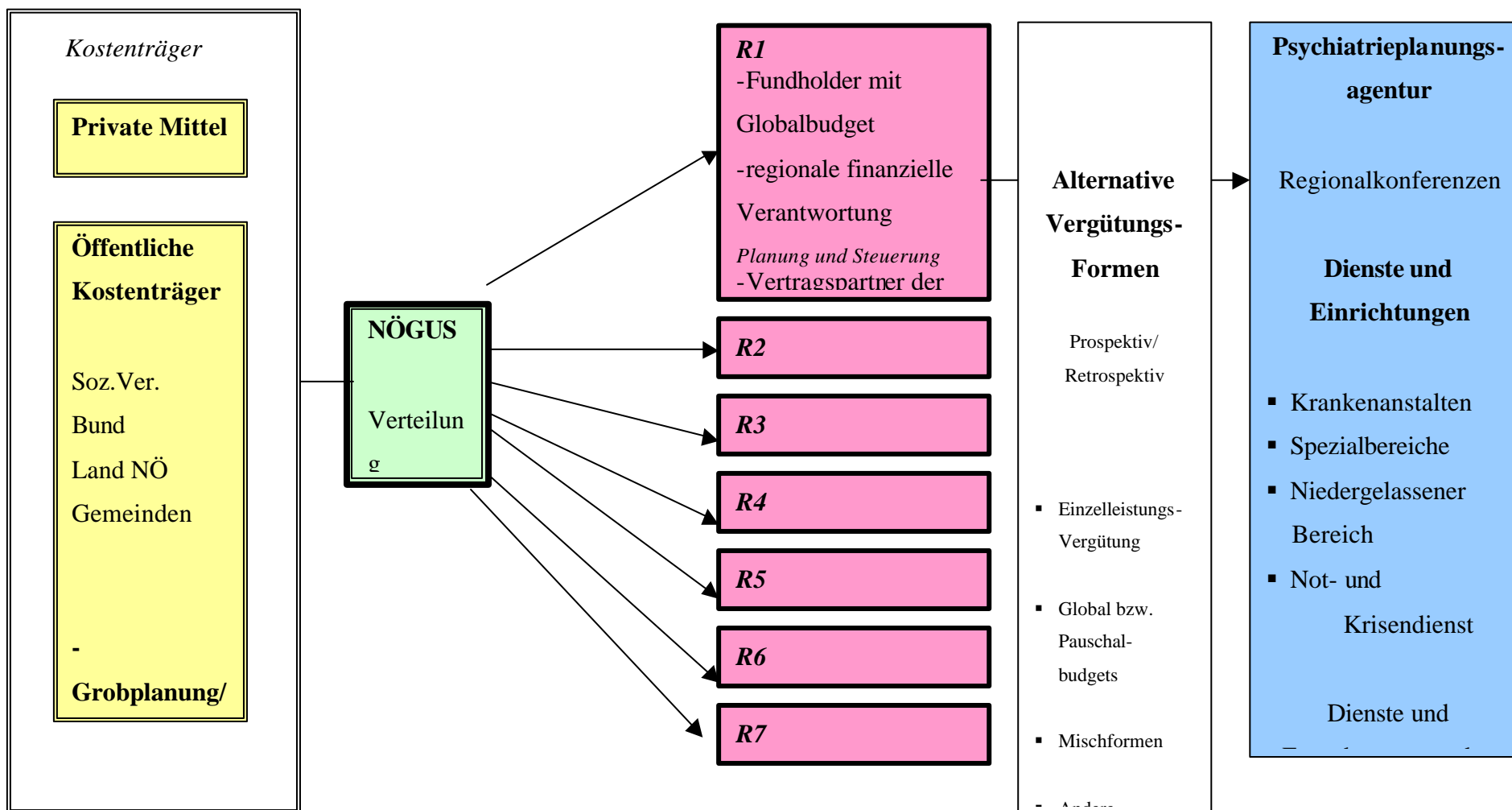
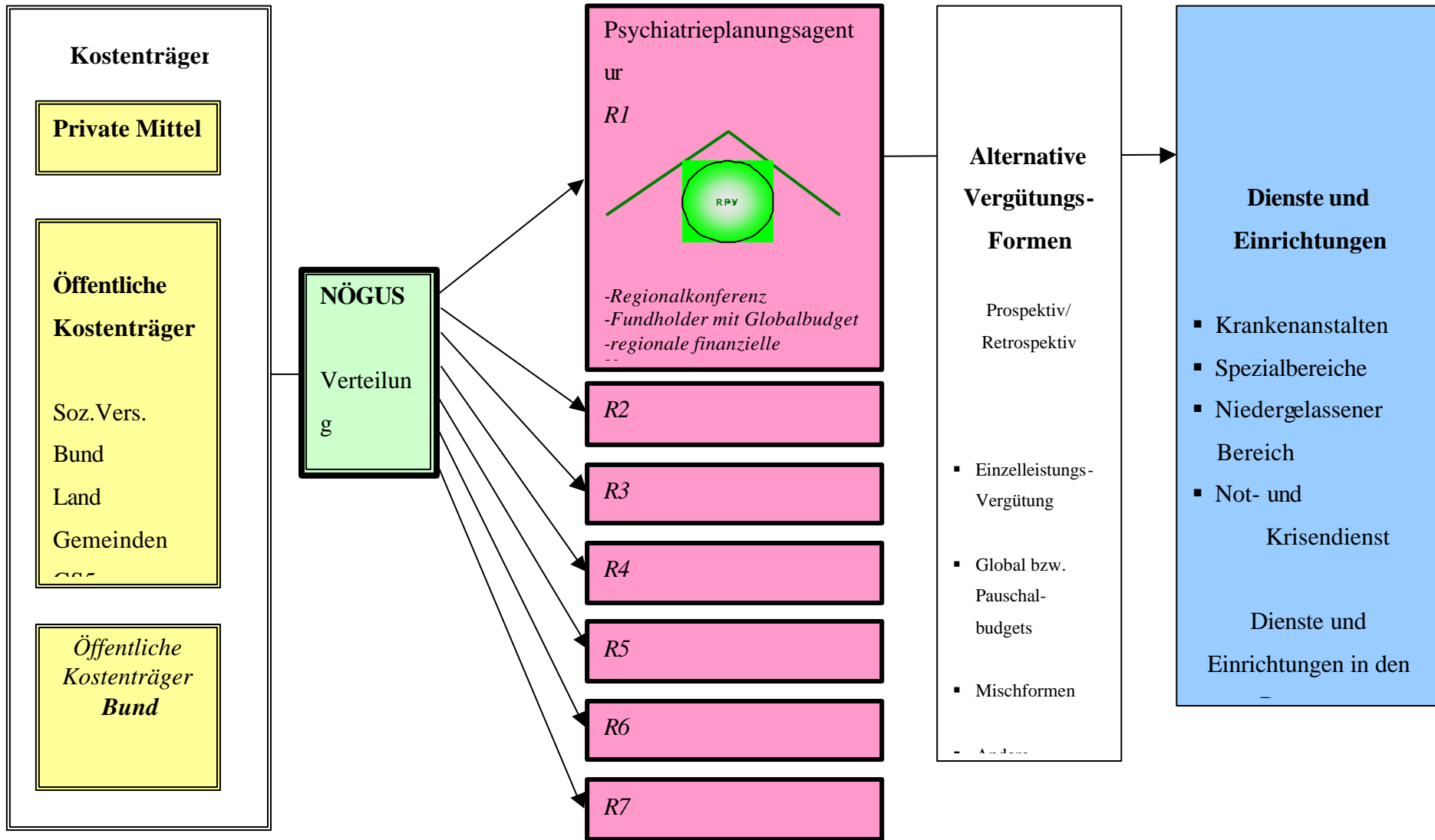


Abb. D.2.4.2.5.1. Integration RPV in ‚Regionales Psychiatriebudget- Modell‘



**Tab. D.2.4.4. Überblick Finanzierungsmodelle**

Modell	Funktionen		
	Land	NÖGUS-S/NÖGUS	Region
<b>Modell 1</b> <b>„Status- Quo Modell“</b>	- zentrale finanzielle Verantwortung - Planung und Steuerung (Vertragspartner der Träger) - Kostenträger	- teilweise Finanzierungsfunktion - Planung und zentrales Monitoring - Öffentlichkeitsarbeit und Projekte	- Leistungserbringung - regionales Monitoring
<b>Modell 2</b> <b>„NÖGUS-S Modell“</b>	- Grobplanung/Standards - Kostenträger	- zentrale finanzielle Verantwortung - Planung und Steuerung ‚Bereich Soziales‘ (Vertragspartner der Träger) - Kooperation mit NÖGUS-G - zentrales Monitoring - Öffentlichkeitsarbeit und Projekte	- Leistungserbringung - regionales Monitoring
<b>Modell 3</b> <b>NÖGUS Modell</b>	- Grobplanung/Standards - Kostenträger	- zentrale finanzielle Verantwortung - Planung und Steuerung sämtlicher Einrichtg. (Vertragspartner der Träger) - zentrales Monitoring - Öffentlichkeitsarbeit und Projekte	- Leistungserbringung - regionales Monitoring
<b>Modell 4</b> <b>„Regionales-S Modell“</b>	- Grobplanung/Standards - Kostenträger	- zentrales Monitoring - Allokation der Geldmittel - Öffentlichkeitsarbeit und Projekte	- regionale finanz. Verantwortg. - Leistungserbringung - Planung und Steuerung } Ber. Sozial - Kooperation mit NÖGUS-G - regionales Monitoring - Öffentlichkeitsarbeit und Projekte
<b>Modell 5</b> <b>„Regionales Psychiatriebudget-Modell“</b>	- Grobplanung/Standards - Kostenträger	- zentrales Monitoring - Allokation der Geldmittel - Öffentlichkeitsarbeit und Projekte	- regionale finanzielle Verantwortung - Leistungserbringung - Planung und Steuerung - regionales Monitoring - Öffentlichkeitsarbeit und Projekte

#### **D.2.3.4.3 Beurteilung der Modelle**

Es muss vorausgeschickt werden, dass die beschriebenen Modelle zunächst lediglich Basiskonzepte darstellen. Die Zielerreichung der Kriterien (vgl. D.4.1.) wird dabei nur zum Teil durch die Modelle bestimmt. Die Modelle schaffen sozusagen Voraussetzungen bzw. Rahmenbedingungen; konkrete Ergebnisse richten sich aber nach der detaillierten Ausgestaltung, vor allem der Vergütungsformen. In weiterer Folge müssten sowohl die Modelle an sich, als auch die mit den einzelnen Modellen verbundenen potenziellen Vor- und Nachteile noch ausführlicher analysiert werden. Das beinhaltet beispielsweise auch Recherchen über internationale Erfahrungen mit ähnlichen Modellen oder juristische Aspekte.

#### **Modell 1**

Wenngleich dieses Modell aufgrund des geringen Veränderungsbedarfes der gegebenen Strukturen leicht implementierbar erscheint, würde es gleichzeitig bedeuten, alle bisherigen Finanzierungsstrukturen unverändert zu übernehmen. Über den RPV könnte zwar eine Zusammenführung mehrerer Leistungsangebote unter ein Management stattfinden, was zur Verbesserung der Koordination beitragen würde, die derzeitigen Finanzierungsstrukturen und deren Anreizwirkung, die ja eine psychiatrische Versorgung nach den Gesichtspunkten der Patienten- und Bedarfsorientierung prinzipiell erschweren, bleiben jedoch bestehen. Die zu Beginn dargelegten Kriterien werden daher bei diesem Modell nicht erfüllt. Es besteht zudem die Gefahr, dass nur einzelne Elemente des RPV-Modells übernommen werden, nämlich jene, die am leichtesten in bereits vorhandene Finanzierungs-kategorien integriert werden können. Die Folge wäre eine unvollständige Implementierung des Modells RPV, die eine effektive Umsetzung der Funktionen und Aufgaben des RPVs verhindern würde.

#### **Modelle 2 bis 5**

Grundsätzlich ist die Erfüllung der unter D.3.4.1. beschriebenen Kriterien bei diesen Modellen sehr stark von deren detaillierten Ausgestaltung abhängig. Den Modellen 2 bis 5 ist gemeinsam, dass Finanzierungs- und Managementkomponenten verbunden werden. Es wird dabei durch finanzielle *und* organisatorische Aspekte unter anderem die Entwicklung von Strategien zum Monitoring, zur Entscheidungsfindung für adäquate Behandlung und Versorgung der PatientInnen, sowie zur kosteneffektiven Behandlung unterstützt. Diese Form

der Versorgung enthält Elemente, die in der internationalen Literatur unter dem Überbegriff ‚Managed Care‘<sup>295</sup> beschrieben werden. Konkret werden darunter sowohl Instrumente zur Steuerung auf der Anbieter- oder Nachfragerseite der Leistungen, als auch Instrumente zur Verbesserung der Koordination der Leistungselemente, sowie Qualitätssicherungselemente verstanden. Die Finanzierungs- bzw. Vergütungsformen sind dabei ein zentraler Teilaspekt. Die Neu-Strukturierung bei den Modellen 2 bis 5 erfolgt faktisch durch eine Verbindung neu strukturierter grundsätzlicher Verantwortlichkeiten in der Finanzierung mit den organisatorischen Elementen des RPV-Modells.

Im Unterschied zur bisherigen Finanzierung und zum Modell 1 gehen die Modelle 2 bis 5 deutlicher von definierten Versorgungszielen für die Gesamtversorgung und somit von einem gesamtwirtschaftlicheren Fokus aus. Im Gegensatz zur bisherigen angebotsorientierten Versorgung werden also bei diesen Modellen Voraussetzungen zu einer deutlicher bedarfsorientierten Versorgung geschaffen, verbunden mit einer verstärkt outcome-orientierten Finanzierung im Gegensatz zur bisher eher input- orientierten (mehr nach verbrauchten Ressourcen gerichteten) Finanzierung. Die Steuerung findet bei den Modellen angebotsseitig statt, das heisst, es wird nicht in erster Linie das Nachfrageverhalten der PatientInnen gesteuert, sondern das Verhalten der Anbieter. Wissenschaftliche Studien haben diese Form der Steuerung als die wirksamere und vor allem als die gerechtere im Sinn direkter finanzieller Belastung für PatientInnen beschrieben.<sup>296</sup>

Während die Modelle 2 und 4 die Koordination im ‚Bereich Soziales‘ bereits wesentlich verbessern könnten, weil der Zergliederung der Versorgung in diesem Bereich gegengesteuert wird, würden die Modelle 3 und 5 auch die Schnittstellen zwischen ‚Gesundheit‘ und ‚Soziales‘, sowie zwischen ‚ambulant und stationär‘ abbauen. Dadurch könnte die Gesamtkoordination der psychiatrischen Versorgung in der Form eines integrierten Angebotsnetzwerkes wesentlich unterstützt werden. Das heißt, die Modelle 2 und 4 schaffen Voraussetzungen für eine teilweise integrierte, die letztgenannten Modellen (3 und 5) für eine vollständig integrierte Versorgung.

---

<sup>295</sup> vgl. Arnold, M., K. W. Lauterbach und K. –J. Preuß. 1997. *Managed Care. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte*. Stuttgart: Schattauer.

Mechanic, D. 1999. *Mental Health and Social Policy. The Emergence of Managed Care*. 4<sup>th</sup> ed. Boston: Allyn and Bacon.

Rachold, U. 2000. *Neue Versorgungsformen und Managed Care*. Stuttgart: Kohlhammer.

Eine Steigerung der Effizienz könnte in den Modellen 2 bis 5 einerseits durch eine Verringerung der Transaktionskosten, die beispielsweise durch Transferierung von PatientInnen zwischen verschiedenen Einrichtungen entstehen, entwickelt werden. Auch Kosten für Einzelvertragsabschlüsse, die bisher jeweils zwischen Kostenträger und Leistungsträgern stattfinden, könnten durch eine integrierte Versorgung verbunden mit zentraler bzw. regionaler finanzieller Verantwortung und besserer Koordination verringert werden. Zusätzlich etablierte Gatekeeper Funktionen (im Rahmen des RPVs) könnten die kopflastige Versorgung unterbinden und auch dadurch eine Effizienzsteigerung bringen.

Wenn sämtliche Versorgungselemente über ein globales Budget auf zentraler Landesebene (Modell 3) oder auf regionaler Ebene (Modell 5) finanziert werden, kann zudem der ‚Fundholder‘ im Zusammenhang mit einer spitalszentrierten Versorgung leichter steuernd eingreifen, weil die gesamte Finanzierung trägerübergreifend unter einem Zuständigkeitsbereich liegt. Der kopflastigen Versorgung kann dabei auch durch geeignete Vergütungsmechanismen, die finanziell die ambulante Versorgungsformen begünstigen, gegengesteuert werden.

Vorschläge, einzelnen Anbietern prospektive Globalbudgets zur Verfügung zu stellen, bedeuten, dass auch Anbieter Budgetverantwortung und somit finanzielles Risiko übernehmen, das wiederum auf die PatientInnen übertragen werden kann. Eine größere PatientInnenzahl senkt dieses Risiko, weil dadurch im Verhältnis zu PatientInnen mit höherem Betreuungsbedarf auch immer eine größere Anzahl mit niedrigerem Betreuungsbedarf gegeben ist. Es ist daher zu überlegen, wie weit bei einer derartigen Ausgestaltung der Vergütungsformen die PatientInnenzahl auf regionaler Ebene (Modelle 4 und 5) für einzelne Anbieter groß genug ist, um das finanzielle Risiko möglichst hintan zu halten.

Insgesamt wird durch die Modelle 2 bis 5 eine größere Balance zwischen Anbieterinteressen und Interessen der Kostenträger hergestellt. Es stellt sich allerdings die Frage, inwieweit das auch für die ‚Ungleichverhältnisse‘ PatientInnen-Kostenträger oder PatientInnen-Anbieter gilt. Bei den Modellen 3 und 5 verschiebt sich ersteres Verhältnis zugunsten der

---

<sup>296</sup> vgl. Frank, R. G. and W. G. Manning. 1992. *Economics and Mental Health*. London: Johns Hopkins

PatientInnen, weil ein ‚Hin- und Herschieben‘ zwischen unterschiedlichen Kostenträgern nicht mehr stattfindet. Beim Verhältnis PatientInnen-Anbieter hängt es von der konkreten Gestaltung der Versorgung, insbesondere von gewählten Vergütungsformen, Monitoring und Qualitätssicherung ab, inwieweit Anbieter zu einer verstärkt patientenorientierten Versorgung angeregt werden können und inwieweit eine möglichst hohe Qualität der Leistung gewährleistet ist. Bei den Modellen 2 und 4 sind die dualen Strukturen nach wie vor vorhanden, daher ist das Verhältnis PatientIn-Kostenträger nach wie vor zu Gunsten des Kostenträgers ausgerichtet. Das Verhältnis Anbieter-PatientIn hängt auch hier von der konkreten Ausgestaltung der Modelle ab.

Informationsasymmetrien (z.B. zwischen Anbieter und Kostenträger) werden zwar nicht ausgeschaltet, sie können aber weniger ausgenutzt werden. Beispielsweise kann über die zentrale Gesamtbedarfserhebung einschließlich Monitoring leichter einer angebotsinduzierten Nachfrage (die aufgrund von Informationsasymmetrie zwischen Anbieter und Kostenträger möglich ist) gegengesteuert werden.

Ein gleicher Zugang der PatientInnen zur Versorgung kann bei den Modellen vor allem durch vorgegebene Richtlinien und Standards seitens der Kostenträger und des NÖGUS erreicht werden. Gerade bei den Modellen 4 und 5, bei denen die Finanzierungsverantwortung auf regionaler Ebene verankert ist, könnte sich sonst auch eine sehr unterschiedlich ausgestaltete Versorgung entwickeln. Richtlinien und Standards sind außerdem auch wichtig für Qualitätssicherung und Vermeidung von Unterversorgung.

Kritiker ähnlicher Finanzierungsformen weisen im Allgemeinen auf die Gefahr der Unterversorgung bzw. des Qualitätsverlustes der Versorgung hin. Diese Gefahr besteht in erster Linie dann, wenn die Finanzierungsformen hauptsächlich zum Zweck der Kostendämpfung implementiert werden. Da das finanzielle Risiko mit einem zentralen oder regionalen Globalbudget verstärkt von den Kostenträgern Richtung Leistungsanbieter verlagert wird, könnte ein vermehrter Druck zur kostengünstigen Produktion der Leistungen leicht zu Lasten der PatientInnen gehen. Diesem nachteiligen Effekten kann nur durch ausreichende Qualitätssicherung und durch faire, ethischen Prinzipien unterliegenden, monetäre Allokationsmechanismen, sowie durch ausreichend hohe Ressourcen begegnet

werden. Vor allem Letzteres ist in erster Linie eine politische Entscheidung. Es soll in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass eine patientenorientierte und gemeindenähe, ‚nicht-spitalszentrierte‘ Versorgung, wie auch die internationale Erfahrung zeigt<sup>297</sup>, nicht notwendigerweise ‚billiger‘ ist als die bisherige Versorgung. Wird nämlich dem Prinzip der Gemeindenähe Rechnung getragen, bedeutet das, dass auch PatientInnen mit sehr hohem Betreuungsaufwand außerhalb stationärer Einrichtungen betreut werden, wodurch die durchschnittlichen außerstationären Betreuungskosten insgesamt steigen, die stationäre Betreuung aber nach wie vor möglich sein muss. Gemeindenähe Psychiatrie hauptsächlich unter dem Aspekt der Kostendämpfung zu betrachten würde bedeuten, dass zu wenig Mittel für einen Ausbau alternativer Betreuungsformen und eine angemessene Betreuung zur Verfügung stehen, was in weiterer Folge nicht nur einen Qualitätsverlust, sondern auch eine massiven Belastung für informell Betreuende mit sich bringen würde.

## Zusammenfassung

Im vorliegenden Bericht wurden die derzeitigen Finanzierungsstrukturen und deren Komplexität dargestellt und ein Gesamtüberblick über die beteiligten Kostenträger und Quellen der Finanzierung sowie über die Vergütungsmechanismen gegeben. Es konnte anschließend veranschaulicht werden, dass die derzeitigen Finanzierungsstrukturen und die damit verbundenen Anreizmechanismen eine personenzentrierte und gemeindenähe psychiatrische Versorgung verhindern. Aufbauend auf diesen Ergebnissen wurden Basiskonzepte für mögliche alternative Finanzierungsmodelle entwickelt, und zwar sowohl eine leicht modifizierte Version des derzeitigen Modells, als auch gänzlich neu strukturierte Modelle. Bei einer ersten Beurteilung konnte das Modell 1, bei dem die Finanzierungsstrukturen zwar modifiziert werden, die Grundstruktur aber unverändert bleibt, die erstellten Kriterien für eine Umgestaltung der Versorgung nicht erfüllen. Weitere Modelle, bei denen in erster Linie alternative organisatorische und rechtliche Grundlagen für die

---

<sup>297</sup> vgl. Knapp et al. 1990. The TAPS- Project. 3: Predicting the Community Costs of Closing Psychiatric Hospitals. *British Journal of Psychiatry* 157: 661 – 670.

Knapp et al. 1994. Service Use and Costs of Home-Based Versus Hospital- Based Care for People with Serious Mental Illness. *British Journal of Psychiatry* 165: 195 –203.

Knapp et al. 1995. Community Mental Health Care for Former Hospital In-Patients. Predicting Costs from Needs and Diagnoses. *British Journal of Psychiatry* 166 (suppl. 27), 10 – 18.



Finanzierung diskutiert werden, könnten - der ersten Analyse zufolge - durchaus den Aufbau einer personenzentrierten und gemeindenahen psychiatrischen Versorgung unterstützen. Allerdings sind viele der beschriebenen potenziellen Vorteile dieser Modelle von deren detaillierten Ausgestaltung abhängig. Wichtig für eine erfolgreiche Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung in Niederösterreich und zugleich für die weitere Projektarbeit ist eine genaue Ausgestaltung der beschriebenen Verknüpfung von Finanzierungsformen mit organisatorischen und rechtlichen Aspekten und die Formulierung konkreter Schritte für die Implementierung.

## Literaturverzeichnis

Arnold, M., K. W. Lauterbach und K. –J. Preuß. 1997. *Managed Care. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte*. Stuttgart: Schattauer.

BMSG. (2000). *Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen. Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung*. Online unter <http://www.gesundheit.bmsg.gv.at/> November 2000.

Flemmich, G. und H. Ivansitz. 2000. *Einführung in das Gesundheitsrecht und die Gesundheitsökonomie*. Wien: ÖGB Verlag.

Frank, R.G. and W.G. Manning. 1992. *Economics and Mental Health*. London: Johns Hopkins University Press

Knapp et al. 1990. The TAPS- Project. 3: Predicting the Community Costs of Closing Psychiatric Hospitals. *British Journal of Psychiatry* 157: 661 – 670.

Knapp et al. 1994. Service Use and Costs of Home-Based Versus Hospital- Based Care for People with Serious Mental Illness. *British Journal of Psychiatry* 165: 195 –203.

Knapp et al. 1995. Community Mental Health Care for Former Hospital In-Patients. Predicting Costs from Needs and Diagnoses. *British Journal of Psychiatry* 166 (suppl. 27), 10 – 18.

Landtagskanzlei. 1997. *LT- Regierungsvorlage: Art 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000*. Online unter <http://www.land-sbg.gv.at> November 2000

IHS. 2000. *Gesundheitssysteme im Wandel*. Online unter <http://www.ihs.ac.at> Mai 2001

Mechanic, D. 1999. *Mental Health and Social Policy. The Emergence of Managed Care*. 4<sup>th</sup> ed. Boston: Allyn and Bacon.

Niederösterreichische Landesregierung. (2000). *Das Land Niederösterreich*. Online unter

<http://www.noegv.at>

Dezember 2000

NÖGUS,1. (2000). *Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds*. Online unter <http://www.noegus.at> November 2000.

NÖGUS, 2. (2000). *Gesamteinnahmen und Ausgaben des NÖGUS 1998 –2000*.

Pfeil, W. 2000. *Österreichisches Sozialhilferecht*. Wien. ÖGB Verlag.

Rachold, U. 2000. *Neue Versorgungsformen und Managed Care*. Stuttgart: Kohlhammer.

Rechnungshof. (2000). *Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes. Reform des Gesundheitswesens. Krankenanstaltenfinanzierung*. Wien: Print Media Austria.

## **Interviews**

1. Dutter, F. Stellvertretender kaufmännischer Direktor DKL Gugging. 28.11. 2000.
2. Spazierer, F. Niederösterreichische Landesregierung-GS 5, Sozialhilfe. 13.12.2000.
3. Aigner, I. Leitung Controlling. OKL Amstetten. 19.12. 2000.
4. Leuthner, Griessner, Vogelauer. NÖGUS Gesundheit. 10.1. 2001.
5. Durstberger, Stimpfl. Caritas St. Pölten. 23 .4. 2001.
6. Seidl. PSZ GesmbH Stockerau. 30.4. 2001.
7. Freynschlag. NÖGUS-S. 4.5. 2001.
8. Kellner. LPPH Tulln. 23.5.2001.

## **Telefonische Interviews**

- T1. Singer, A. PSZ Ges.m.b.H. 4.1. 2001.
- T2. Scharinger. Niederösterreichische Landesregierung -GS 7, Heime. 9.1.2001.
- T3. Winter. Heilpädagogisches Zentrum Hinterbrühl. 12.1. 2001.
- T4. Durstberger, A. Caritas St. Pölten. 12. 1. 2001.
- T5. Adensamer. Arge Sozialdienst Mostviertel. 22.1.2001.

# **Teil D**

## **Kapitel 3**

### **Personalentwicklung**

Übersicht

Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995

Evaluation 2003

D.3.1 Formen der Personalentwicklung

D.3.2 Zielgruppe

D.3.3 Beispiele aktueller Erhebungen zur Personalentwicklung

D.3.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung

## Übersicht zu D.3 Personalentwicklung

„Psychiatrie braucht Menschen“ ist der plakative Ausdruck für das in der Leitlinie 9 „Ressourcenprioritäten“ zum Ausdruck gekommenen Prinzip, dass - noch mehr als in anderen Bereichen der Medizin - qualifiziertes Personal in Zusammenarbeit mit den Betroffenen und ihren Angehörigen der Schlüssel zum Erfolg der Problemlösungen ist. Bereits im NÖP95 war deshalb der „Personalentwicklung“ ein eigenes Kapitel gewidmet worden.

Die für eine Neuorganisation der psychiatrischen Versorgung - im Sinne der Lebensfeldnähe - erforderlichen Personalkompetenzen übersteigen das Ausbildungswissen der in der psychiatrischen Versorgung tätigen Berufsgruppen. Neben fachspezifischen Kenntnissen und Fertigkeiten sollten die MitarbeiterInnen in diesem neuen Arbeitssetting auch über personelle, kommunikative, institutionelle und methodische Kompetenzen verfügen und diese in komplexen, vielfältigen und sich wandelnden Settings realisieren können. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei einer „gemeindenahen“ Organisation der psychiatrischen Versorgung viel weniger Rückzugsmöglichkeiten bestehen als in traditionellen stationären Settings und dass Kontakt und Kooperation mit Betroffenen, Angehörigen und dem gesamten Umfeld eine zentrale Rolle einnehmen. Außerdem beruhen die hier empfohlenen Versorgungskonzepte auf einer weitgehenden Vernetzung von öffentlichen und privaten Leistungen und von Leistungen im Gesundheits- und Sozialbereich, wodurch Neuorientierungen im Führungsverständnis und in den Personalerfordernissen notwendig sind.

Zur Zielgruppe von Personalentwicklungsmaßnahmen zählen - neben den LeiterInnen und MitarbeiterInnen von Diensten und Einrichtungen - alle aus beruflichen oder privaten Gründen mit psychiatrischen Fragestellungen konfrontierten Personen, insbesondere die psychiatrieeerfahrenen Personen und ihr soziales Umfeld. Bei der zukünftigen Personalplanung sollten die bisherigen Personalschlüssel für Versorgungseinheiten zunehmend durch patientenzentrierte Modelle ersetzt werden, die auf einrichtungsübergreifenden Kooperationen und Synergien beruhen.

Es wird empfohlen, ein Curriculum (z.B. an der Donauuniversität Krems) für die systematische Aus-, Fort- und Weiterbildung anzubieten, das einer Palette von aufeinander abgestimmten Bildungsmodulen für die o.g. Zielgruppe enthält. Wichtig ist dabei ein

„training on the job“ als Leitlinie, da durch die Neuorganisation im Sinne der Gemeindenähe und der PatientInnenorientierung völlig neue Arbeitssituationen gegenüber den bisherigen institutionellen Arbeitssituationen entstehen.

Neben Aspekten der Personalentwicklung werden auch solche der Qualifikation, des Personaleinsatzes und der Öffentlichkeitsarbeit behandelt. Der Personaleinsatz sollte so erfolgen, dass eine Betreuungskontinuität trotz unterschiedlicher Hilfeleistungen gewahrt werden kann. Wichtig erscheint auch, dass ein- und dieselbe Person in mehreren Funktionen auf Teilzeitbasis tätig werden kann, was einerseits wegen des potenziellen Personalmangels im ländlichen Bereich wichtig ist, andererseits aber auch aus psychohygienischen Gründen relevant ist (es ist in diesem schwierigen Gebiet wichtig, dass man mehrere Aspekte der Arbeit systematisch kennen lernt und erlebt); schließlich ermöglicht diese Art des Tätigwerdens auch das Kennenlernen verschiedener Einrichtungen, mit denen man dann besser zusammenarbeiten kann.

Lebensfeldzentrierte Arbeitsweisen, welche die dominierenden Arbeitsweisen sein werden, wenn die Psychiatrie entsprechend dieser Evaluation umgestaltet wird, tragen auch zu einer Reduktion von Fehlmeinungen gegenüber psychisch erkrankten Personen bei und leisten deshalb einen wichtigen Beitrag zur Öffentlichkeitsarbeit und Entstigmatisierung des gesamten Feldes (zusätzlich zu gezielten Programmen in diesem Bereich).

### **Aussagen des NÖ Psychiatrieplans 1995 (NÖP95)**

*Im NÖP95 wurde im Kapitel „Personalentwicklung und -förderung“ die Personalentwicklung als eine vordringliche Aufgabe der Psychiatrieplanungsagentur und des Psychiatriebeauftragten angesehen.*

*Für die Verlagerung des Versorgungsschwerpunktes vom psychiatrischen Krankenhaus in die Gemeinde wurde eine entsprechende professionelle Personalentwicklung als unumgängliches Erfolgskriterium postuliert. Als wichtigste Maßnahme in diesem Zusammenhang wurde es erachtet, dafür Vorsorge zu treffen, dass psychisch Kranken in der Gemeinde Menschen zur Verfügung stehen, die sowohl die fachliche Kompetenz, als auch das notwendige Engagement für den Umgang mit psychisch behinderten Mitbürgern besitzen.*

*Die Bedeutung einer systematischen Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Supervision für alle in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen sowie für "mitbetroffene" Berufe (z.B. Lehrer, Gendarmen, Heimhelfer wurde hervorgehoben. Vordringlich erschien, dass - am besten in der wissenschaftliche Landesakademie für Niederösterreich, an der einschlägige*

*Vorerfahrungen bestehen (z.B. Institut für psychiatrische Aus- und Weiterbildung) - ein Schwerpunkt für die Aus-, Weiter- und Fortbildung von professionellen Helfern in der gemeindenahen Psychiatrie etabliert wird. Ein einschlägiges Curriculum, das für die verschiedenen Berufsgruppen recht ähnlich hätte sein können, hätte mit dem vorhandenen Know-How eingerichtet werden können und eine wichtige Ergänzung zu den bereits institutionalisierten Ausbildungsveranstaltungen darstellen können. Darüber hätte das Angebot entsprechende Veranstaltungen für mitbetroffene Berufe, eine Weiterbildung für psychiatrische Öffentlichkeitsarbeit und die systematische Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten der betroffenen Patienten und ihrer Angehörigen umfassen sollen. Die - die theoretischen Inhalte ergänzenden - praktischen Schulungen für Mitarbeiter aus allen Landesteilen Niederösterreichs hätten im Rahmen von Modelleinrichtungen erfolgen sollen.*

*Hier wurde vorgeschlagen, in der Region Mistelbach ein Projekt "Integrierte psychiatrische Versorgung unter Einbindung der niedergelassenen Ärzte" für die Personalentwicklung im Kernbereich der gemeindenahen Betreuung erwachsener psychisch Kranker einzurichten. Ein "gerontopsychiatrisches Modell" mit Betonung der Integration zwischen stationärer, teilstationärer, ambulanter und mobiler Betreuung hätte in Gugging angesiedelt werden können, ein analoges "kinder- und jugendpsychiatrisches Modell" in Hinterbrühl. Modellprojekte für "Alkoholprobleme" und "Psychosomatik" oder "Persönlichkeitsstörungen" wurden für die LNK Mauer vorgeschlagen.*

*Als Strategien zur Vermeidung eines Burnout-Syndroms wurden eine leistungsgerechte Bezahlung, eine qualitativ hochwertige Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Supervision in der Dienstzeit sowie eine Arbeitsorganisation empfohlen, die es vor allem den in schwierigen Situationen arbeitenden Personen ermöglicht, nicht ausschließlich eine einzige Tätigkeit durchführen, sondern auch an anderen Orten des psychiatrischen Betreuungssystems tätig sein zu können.*

*Als ein besonderer Aspekt der Personalentwicklung wurde die Verkleinerung der beiden großen Landesnervenkliniken Gugging und Mauer und die damit einhergehende Notwendigkeit, Personal für extramurale Tätigkeiten zu motivieren, hervorgehoben.*



## Evaluation 2003

In diesem Kapitel der Personalentwicklung, die in erster Linie die Qualifikation der MitarbeiterInnen fokussiert, werden auch Aspekte der Personalplanung und des Personaleinsatzes beschrieben.

Maßnahmen der Personalentwicklung sind untrennbar verbunden mit der allgemeinen Organisationsentwicklung einer oder mehrerer Dienste und Einrichtungen und richten sich im Allgemeinen an dem Leitbild und den Leitlinien der jeweiligen Organisationen aus. Aufgrund dieses engen Zusammenhangs werden in den folgenden Ausführungen zum Personalmanagement auch Aspekte der Organisationsentwicklung berührt.

Durch die verstärkte Bedeutung von Netzwerk-Organisationen in den modernen psychiatrischen Versorgungskonzepten - wie sie auch in der vorliegenden Evaluationsarbeit unterstrichen wird - rücken Kernbereiche der Organisationsentwicklung, wie das Personalmanagement, immer mehr in das Zentrum der Aufmerksamkeit. Mit dem in dieser Evaluation empfohlenen Versorgungskonzepten sind neue Managementanforderungen an das gesamte bestehende psychiatrische Versorgungssystem verknüpft, ohne deren Erfüllung eine entsprechende Restrukturierung und Reorganisierung nicht erfolgen kann. Die Wertschöpfungskette ist in den neuen Versorgungskonzepten nicht mehr länger auf die jeweiligen Teileinheiten des Gesamtsystems beschränkt, sondern erstreckt sich auf ein immer größeres Netzwerk von öffentlichen und privaten Gesundheits- und Sozialleistungserbringern und erfordert deshalb auf allen Ebenen neue Kooperations-, Koordinations- und Kommunikationskompetenzen (siehe Kap.D.1). Folgerichtig leitet sich daher aus all diesen neuen bzw. erweiterten Aufgabenstellungen die Zielsetzung ab, durch den Einsatz geeigneter Management-Begleitmaßnahmen die erwünschten Neuorientierungen im Führungsverständnis und in den Personalerfordernissen und -kompetenzen anzustreben.

Die im Folgenden empfohlenen Hinweise sind mehr exemplarisch als erschöpfend zu verstehen. Sie sollen aber die große Bedeutung dieses Organisationsentwicklungsbereiches für das Gelingen erfolgreicher Umsetzungsschritte der empfohlenen Versorgungskonzepte dieser Evaluationsarbeit besonders deutlich hervor streichen. Als solchermaßen geeignete Begleitmaßnahme wären systematische Personalfortbildungen mit einrichtungsübergreifender und integrierender Ausrichtung Erfolg versprechend. In einem noch auszuarbeitenden Curriculum könnten die wesentlichsten konzeptuellen Erfordernisse und

Personenkompetenzen für eine effektive Umsetzung des empfohlenen Gesamtversorgungskonzepts erarbeitet werden. Zielgruppe dafür wären die Schlüsselpersonen aller versorgungsrelevanten Leistungserbringer, die dann in weiteren Schritten als Multiplikatoren für die entsprechende Implementierung in ihren eigenen Organisationen sorgen könnten, und dabei weiterhin ein Begleit-Coaching vor Ort erhalten. Nicht zuletzt sind in all diesen Maßnahmen auch die Einbindung der Betroffenen und deren Angehöriger zu berücksichtigen.

Die Organisation und Koordination dieser Begleitmaßnahmen stellen eine dringende Kernaufgabe der Psychiatrieplanungsagentur dar (siehe Kap. D.1), die sich zu diesem Zweck der Kooperation mit kompetenten Partnern aus dem verfügbaren Schulungs- und Ausbildungssektor bedienen sollte. Eine viel versprechende Möglichkeit dazu bietet sich durch die kürzlich festgelegte Kooperation zwischen NÖGUS und der Donau-Universität an, die auch im Qualitätsmanagement von großer Bedeutung ist (siehe Kap.D.1).

### **D.3.1 Formen der Personalentwicklung**

Die Personalentwicklung ist jener Teilbereich des Personalmanagements, der die Qualifizierung der vorhandenen MitarbeiterInnen anstrebt. Maßnahmen der Personalentwicklung sind Ausbildung, Fort- und Weiterbildung sowie ein Komplex möglicher weiterer personalfördernder Maßnahmen. Dabei kann man u.a. zwischen Personalentwicklung „into the job“ im Sinne einer Vorbereitung auf bzw. Ausbildung für eine berufliche Tätigkeit, „on the job“ im Sinne von unmittelbar am Arbeitsplatz erfolgenden Maßnahmen und „off the job“ im Sinne von Bildungsveranstaltungen abseits des Arbeitsplatzes, unterscheiden<sup>298</sup>. Von Personalentwicklungsmaßnahmen profitieren im Idealfall die MitarbeiterInnen (Kompetenzerweiterung, Selbstzufriedenheit, ...), die KlientInnen (Leistungsqualität) und die ArbeitgeberInnen (Effizienz). Die Effektivität von Personalentwicklungsmaßnahmen hängt stark von der bedarfsgerechten Gestaltung der Angebote und von den Möglichkeiten des Transfers der neu gewonnenen Qualifikationen in die berufliche Praxis ab.

*Personalentwicklung „into the job“*

---

<sup>298</sup> Scholz, Ch.: Personalmanagement. 5. Aufl., Verlag Vahlen, München, 2000.

Zu den Personalentwicklungsmaßnahmen, die der Vorbereitung auf eine berufliche Tätigkeit dienen, zählen berufliche Erstausbildungen, Einführungsprogramme für neue MitarbeiterInnen und Praktika. Die Erstausbildungen sind für den Großteil der Berufe im Gesundheits- und Sozialbereich in den entsprechenden Berufsgesetzen geregelt. Tabelle.1 gibt eine Übersicht über diese Professionen und die entsprechenden gesetzlichen Regelungen.

**Tabelle 1**

Profession	Gesetz, das u.a. die Ausbildung regelt
Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	Ärzte-Ausbildungsordnung (BGBl Nr. 1994/152 idF BGBl Nr. 1998/169), 1. Teil (§1 – §19)
Facharzt/ärztin eines Sonderfaches	Ärzte-Ausbildungsordnung (BGBl Nr. 1994/152 idF BGBl Nr. 1998/169), 2. Teil (§20 – §31)
Facharzt/ärztin für Psychiatrie	Ärzte-Ausbildungsordnung (BGBl Nr. 1994/152 idF BGBl Nr. 1998/169), Anlage 36
Klinische/r PsychologIn, GesundheitspsychologIn	Psychologengesetz (BGBl Nr. 360/1990 idF BGBl I Nr. 98/2001)
PsychotherapeutIn	Psychotherapiegesetz (BgBl Nr. 361/1990 idF BGBl I Nr. 98/2001)
Diplomierte/r SozialarbeiterIn	Schulorganisationsgesetz (BGBl Nr. 242/1962 idF BGBl I Nr. 77/2001); Lehrplan der Akademie für Sozialarbeit (BGBl Nr. 991/1994)
ErgotherapeutIn	Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (BGBl Nr. 327/1996 idF 169/2002)
PhysiotherapeutIn	Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (BGBl Nr. 327/1996 idF 169/2002)
MusiktherapeutIn	Kunsthochschul-Studiengesetz (BGBl I Nr. 131/1998)
Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (BGBl Nr. 116/1999, idF 65/2002)
PflegehelferIn	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (BGBl Nr. 116/1999, idF 65/2002)
AltenhelferIn	NÖ Alten-, Familien- und Heimhelfergesetz
HeimhelferIn	NÖ Alten-, Familien- und Heimhelfergesetz
Lebens- und SozialberaterIn	Lebens- und Sozialberater-Verordnung (BGBl II Nr. 140/2003)

Für alle genannten Berufsausbildungen ist der Erwerb theoretischen und praktischen

Fachwissens erforderlich.

### *Personalentwicklung „on the job“*

In diese Kategorie fallen alle Maßnahmen, die auf eine Weiterqualifizierung in der Arbeitstätigkeit abzielen und die in erster Linie auf dem Erfahrungslernen basieren. Dieses Erfahrungslernen soll durch qualifikationsfördernde Aufgabenstellungen, Anleitungen in der Arbeitssituation, Projektarbeiten, Supervision, Intervision, Coaching und Arbeitsplatzrotation gefördert werden. Indem diese Formen der Personalentwicklung nicht nur auf die Förderung der fachspezifischen Kompetenzen abzielen und damit auch angemessener auf die individuelle Arbeitssituation eingegangen werden kann, kann mit Maßnahmen „on the job“ der größte Lerneffekt erreicht werden. Gerade im Bereich der psychiatrischen Versorgung ist es wichtig, PatientInnen auf Dauer nicht nur im selben sozialen Kontext (z.B. Aufnahmeabteilung), sondern auch in anderen Rollen wahrzunehmen. Durch eine Kombination von unterschiedlichen Behandlungs- und somit Begegnungskontexten können somit nicht nur der berufliche Aktionsradius, sondern auch Sichtweisen erweitert werden, was auch zur Förderung ressourcenorientierter, integrierender und somit entstigmatisierender Haltungen beitragen kann.

### *Personalentwicklung „off the job“*

Unter diesem Begriff werden jene Bildungs- und Entwicklungsmaßnahmen zusammengefasst, die außerhalb des Arbeitsplatzes und/oder zeitlich getrennt von der Arbeitstätigkeit stattfinden und die sowohl einrichtungsintern als auch -extern erfolgen können. In diesen Bereich fällt auch das Selbststudium. Bildungsveranstaltungen außerhalb des Arbeitsplatzes haben den Vorteil, dass zumeist eine breitere Palette an Inhalten, als die den eigenen Arbeitsplatz unmittelbar betreffende, angeboten wird, was wiederum hilft, den Blick auf größere Zusammenhänge bzw. neue Interessens- und Aufgabengebiete zu werfen. Der räumliche und zeitliche Abstand zur eigenen Arbeitssituation bewirkt weiters einen inneren Abstand, der sich positiv auf die Bereitschaft, etwas Neues zu lernen auswirken kann. Nicht zuletzt bieten Bildungsmaßnahmen „off the job“ die Möglichkeit der Kompetenzerweiterung über den Austausch mit Experten und Personen aus anderen Diensten und Einrichtungen. Diese Vorteile werden allerdings durch einen nachteiligen Effekt relativiert, der sich aus den vielfältigen psychologischen Barrieren beim erfolgreichen Transfer des Gelernten in die gewohnte Arbeitssituation ergeben kann.

### **D.3.2 Zielgruppe**

Zur Zielgruppe von Personalentwicklungsmaßnahmen zählen einerseits alle im Bereich der psychiatrischen Versorgung professionell tätigen Personen und andererseits alle aus beruflichen oder privaten Gründen mit psychiatrischen Fragestellungen konfrontierten Personen. Das heißt, dass neben den MitarbeiterInnen von Einrichtungen und Diensten des Gesundheits- und Sozialwesens, die eine versorgende Funktion für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen innehaben, auch andere Personengruppen einen Zugang zu Personalentwicklungsmaßnahmen haben sollten. Beispielhaft seien in diesem Zusammenhang Betroffene, Angehörige, LaienhelferInnen, Angehörige der Exekutive, LehrerInnen und ProfessionistInnen aus dem Bereich der Jugendwohlfahrt und der Frauenorganisationen genannt.

### **D.3.3 Beispiele aktueller Erhebungen zur Personalentwicklung**

Um Hinweise auf notwendige Maßnahmen zur Personalentwicklung zu liefern, werden im Folgenden Untersuchungsergebnisse aus vier für die psychiatrische Versorgung relevanten Bereichen dargestellt, und zwar

- a) Personalentwicklungsmaßnahmen in den betreuten Wohneinrichtungen in NÖ im Jahr 2001 (Ergebnisse der eigenen Erhebung)
- b) Ergebnisse zur Mitarbeiterzufriedenheit in den NÖ Landeskrankenanstalten (Studie im Auftrag der Geschäftsstelle Landeskrankenanstalten im Amt der NÖ Landesregierung)<sup>299</sup>
- c) Evaluation der Mitarbeiter-Fortbildung in den NÖ Pensionisten- und Pflegeheimen (Bedarfserhebung des Zentrums für Alternswissenschaften und Sozialpolitikforschung)<sup>300</sup>
- d) Alten- und Pflegeheime in Österreich: Trägerstruktur, Angebotsstruktur und Beschäftigung (Erste Ergebnisse aus dem Projekt „Beschäftigung im österreichischen Nonprofit Sektor“) <sup>301</sup>

*Ad a) Personalentwicklung in den betreuten Wohneinrichtungen*

---

<sup>299</sup> Trupp, A., Markt- und Meinungsforschung: Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit in den niederösterreichischen Krankenanstalten; 2003

<sup>300</sup> Löger, B., Peter, M.; Schriftenreihe der NÖ Landesakademie; 1998

<sup>301</sup> Badelt, Ch. (Leitung), Schneider, U. (wissenschaftl. Koordination), Nam, H.-J. (Bearbeitung); FWF Projekt Nr. P14769-G05. Wirtschaftsuniversität Wien. Abteilung für Sozialpolitik; 2003

Die im Rahmen der vorliegenden Evaluation durchgeführte Erhebung in den 37 betreuten Wohneinrichtungen für psychisch behinderte Menschen lieferte auch Daten zu den im Jahr 2001 durchgeführten Personalentwicklungsmaßnahmen, deren Analyse folgende Ergebnisse brachte<sup>302</sup>:

In den 34 betreuten Wohneinrichtungen waren zum Erhebungszeitraum 221 MitarbeiterInnen auf einem fixen Dienstposten.

In 26 (76,5%) dieser Einrichtungen wurden im Jahr 2001 **Teamsitzungen** durchgeführt, und zwar im Ausmaß von insgesamt 2632 Stunden (durchschnittlich 101, min. 12, max. 421 Stunden/Jahr/Einrichtung). 8 Einrichtungen gaben keine Teamsitzungen an.

**Bezahlte Teamsupervision** wurde in 14 (41,2%) Einrichtungen im Ausmaß von insgesamt 313 Stunden (durchschnittlich 22, min. 6, max. 104 Stunden/Jahr/Einrichtung) genutzt. In 20 Einrichtungen fanden keine Teamsupervisionen statt.

**Bezahlte Einzelsupervision** wurde von MitarbeiterInnen aus 4 (11,8%) Einrichtungen im Gesamtausmaß von 226 Stunden (durchschnittlich 57, min. 4, max. 200 Stunden/Jahr/Einrichtung) in Anspruch genommen. Diese vier Einrichtungen haben zusammen 110 MitarbeiterInnen auf einem fixen Dienstposten. Somit kämen auf jede/n dieser MitarbeiterInnen durchschnittlich 2 Stunden bezahlte Einzelsupervision/Jahr. In 30 Einrichtungen wurden keine bezahlten Einzelsupervisionen angeboten bzw. genutzt.

**Fortbildungen in der Einrichtung** wurden in 16<sup>303</sup> betreuten Wohneinrichtungen durchgeführt. Das Gesamtausmaß dieser Fortbildungsstunden betrug 1194 (durchschnittlich 75, min. 4, max. 427 Stunden/Jahr/Einrichtung). 17 Einrichtungen boten im Jahr 2001 keine internen Fortbildungen an.

**Sonderurlaub zur Fortbildung** wurde im Jahr 2001 von MitarbeiterInnen aus 19<sup>2</sup> Einrichtungen in Anspruch genommen, und zwar im Ausmaß von insgesamt 1979 Stunden (durchschnittlich 104 min. 22, max. 599 Stunden/Jahr/Einrichtung). Diese 19 Einrichtungen haben zusammen 166 MitarbeiterInnen auf einem fixen Dienstposten. Somit käme auf jede/n

---

<sup>302</sup> Die Berechnungen beziehen sich auf 34 Einrichtungen, da aus drei Einrichtungen keine gültigen Angaben vorlagen.

<sup>303</sup> Eine Einrichtung ohne Angabe

dieser MitarbeiterInnen durchschnittlich 12 Stunden Sonderurlaub zur Fortbildung/Jahr. In 14 Einrichtungen konsumierten die MitarbeiterInnen keinen Sonderurlaub zur Fortbildung.

Eine **Fortbildung mit Kostenerstattung** wurde von MitarbeiterInnen aus 18<sup>304</sup> Einrichtungen im Jahr 2001 in Anspruch genommen. Das gesamte Stundenausmaß betrug 2376 Stunden (durchschnittlich 132 Stunden, min. 22, max. 1026 Stunden/Jahr/Einrichtung). In den 18 Einrichtungen waren zum Erhebungszeitpunkt 152 MitarbeiterInnen fix angestellt. Somit kämen auf jede/n dieser MitarbeiterInnen im Durchschnitt 16 Stunden Fortbildung mit Kostenerstattung/Jahr. In 15 Einrichtungen wurde von den MitarbeiterInnen keine Fortbildung mit Kostenerstattung in Anspruch genommen.

Tabelle 2 auf der folgenden Seite gibt einen Überblick über die einzelnen Personalentwicklungsmaßnahmen im Jahr 2001, getrennt nach Einrichtungstypen<sup>305</sup>.

---

<sup>304</sup> Eine Einrichtung ohne Angabe

<sup>305</sup> Über das Förderpflegeheim in Mauer lagen keine diesbezüglichen Angaben vor.



**Tabelle 2**

<b>Betreuungsstationen (n=11)</b>							
<b>PE-Maßnahmen 2001</b>	MA m. fixem DP (Anzahl)	Einr. oh. PE-Maßn. (Anzahl)	Einr.m. PE-Maßn. (Anzahl)	PE-Maßnahmen/Jahr (Std.)			
				Summe	Durchschn.	min	max
Teamsitzungen	118	2	9	1077	120	12	420
bezahlte Teamsupervision		8	3	56	19	12	24
bezahlte Einzelsupervision		9	2	210	105	10	200
Fortbildungen in Einrichtung		3	7	844	121	13	427
Sonderurlaub zur Fortbildung		0	10	1462	146	24	599
Fortbildung mit Kostenerstattung		2	8	1785	223	30	1026
<b>vollbetreute Einrichtungen (n=2)</b>							
<b>PE-Maßnahmen 2001</b>	MA m. fixem DP (Anzahl)	Einr. oh. PE-Maßn. (Anzahl)	Einr.m. PE-Maßn. (Anzahl)	PE-Maßnahmen/Jahr (Std.)			
				Summe	Durchschn.	min	max
Teamsitzungen	35	0	2	450	225	200	250
bezahlte Teamsupervision		0	2	140	70	36	104
bezahlte Einzelsupervision		1	1	12	12	12	12
Fortbildungen in Einrichtung		0	2	164	82	4	160
Sonderurlaub zur Fortbildung		1	1	125	125	125	125
Fortbildung mit Kostenerstattung		1	1	125	125	125	125
<b>teilbetreute Einrichtungen (n=8)</b>							
<b>PE-Maßnahmen 2001</b>	MA m. fixem DP (Anzahl)	Einr. oh. PE-Maßn. (Anzahl)	Einr.m. PE-Maßn. (Anzahl)	PE-Maßnahmen/Jahr (Std.)			
				Summe	Durchschn.	min	max
Teamsitzungen	47	0	8	824	103	24	421
bezahlte Teamsupervision		1	7	84	12	6	28
bezahlte Einzelsupervision		7	1	4	4	4	4
Fortbildungen in Einrichtung		3	5	124	25	9	38
Sonderurlaub zur Fortbildung		2	6	330	55	22	175
Fortbildung mit Kostenerstattung		1	7	404	58	22	134
<b>punktbetreute Einrichtungen (n=15)</b>							
<b>PE-Maßnahmen 2001</b>	MA m. fixem DP (Anzahl)	Einr. oh. PE-Maßn. (Anzahl)	Einr.m. PE-Maßn. (Anzahl)	PE-Maßnahmen/Jahr (Std.)			
				Summe	Durchschn.	min	max
Teamsitzungen	21	6	7	281	40	12	107
bezahlte Teamsupervision		11	2	33	17	6	27
bezahlte Einzelsupervision		13	0	0	0	0	0
Fortbildungen in Einrichtung		11	2	62	31	22	40
Sonderurlaub zur Fortbildung		11	2	62	31	22	40
Fortbildung mit Kostenerstattung		11	2	62	31	22	40
<b>betreute Wohneinrichtungen gesamt (n=37)</b>							
<b>PE-Maßnahmen 2001</b>	MA m. fixem DP (Anzahl)	Einr. oh. PE-Maßn. (Anzahl)	Einr.m. PE-Maßn. (Anzahl)	PE-Maßnahmen/Jahr (Std.)			
				Summe	Durchschn.	min	max
Teamsitzungen	221	8	26	2632	101	12	421
bezahlte Teamsupervision		20	14	313	22	6	104
bezahlte Einzelsupervision		30	4	226	57	4	200
Fortbildungen in Einrichtung		17	16	1194	75	4	427
Sonderurlaub zur Fortbildung		14	19	1979	104	22	599
Fortbildung mit Kostenerstattung		15	18	2376	132	22	1026

Bei der Analyse der Ergebnisse zur Personalentwicklung in den betreuten Wohneinrichtungen fällt zunächst auf, dass vor allem in den punktbetreuten Wohneinrichtungen kaum Personalentwicklungsmaßnahmen angeboten bzw. genutzt werden. Dieser Umstand korrespondiert vermutlich einerseits mit dem geringen Stundenausmaß, in dem die Betreuungspersonen angestellt sind und das ausschließlich für die Betreuungstätigkeit genutzt wird und andererseits damit, dass einzelne MitarbeiterInnen schwerpunktmäßig in anderen Einrichtungen ein und derselben Trägerorganisation beschäftigt sind und von dort aus einen Zugang zu Personalentwicklungsmaßnahmen haben. Gerade in den punktbetreuten Einrichtungen mit ihrem geringen zeitlichen Betreuungsausmaß sind die BetreuerInnen allerdings gefordert, in einer kurzen Zeit allfällige Probleme zu erfassen und die richtigen Interventionen „punktgenau“ und eigenverantwortlich durchzuführen, was für eine Intensivierung der Personalentwicklungsmaßnahmen (am ehesten außerhalb der Betreuungszeit, jedoch entlohnt) spricht.

Ein weiteres auffallendes Ergebnis ist das, dass in immerhin 8 von 11 Betreuungsstationen das Angebot einer Teamsupervision fehlt bzw. nicht genutzt wird. Für die Betreuungsstationen wird hier, sowohl in ihrer gegenwärtigen als auch in ihrer zukünftigen Konzeptualisierung, ein vermehrter Bedarf an Personalentwicklungsmaßnahmen gesehen und deren regelmäßige Durchführung und Evaluation dringend empfohlen.

#### *Ad b) Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit in den NÖ Krankenanstalten*

Von Februar bis April 2003 wurden im Auftrag der Geschäftsstelle Landeskrankenanstalten im Amt der NÖ Landesregierung Daten zur Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit in ausgewählten Abteilungen bzw. Stationen von 6 NÖ Landeskrankenanstalten erhoben. Im Donauklinikum – Standort Gugging wurden die Aufnahmeabteilungen Nord und Süd, im Ostarrichiklinikum die akutpsychiatrischen Stationen B und D und die Abteilung für Drogenentzug in die Untersuchung miteinbezogen. Der Mitarbeiterfragebogen wurde von insgesamt 405 MitarbeiterInnen (74,1% Pflegepersonal, 16,8% ärztliches Personal) ausgefüllt, was einem Rücklauf von rund 75% entsprach. Von 17 Fragen lag die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen bei den 4 Fragen, die die Gesamtzufriedenheit, das Informationsmanagement, die Mitbestimmung der Patienten bei der Therapie und die Zusammenarbeit innerhalb der jeweiligen Berufsgruppe betrafen, jeweils über 90%. In allen Bereichen der Mitarbeiterzufriedenheit wurden die Fragen nach der Einstellung (Rating) mit einem höheren Punktwert beantwortet als die Fragen nach dem beobachteten Verhalten

(Reporting). Die Übereinstimmung zwischen PatientInnen- und MitarbeiterInnenzufriedenheit war in einigen Bereichen nahezu deckungsgleich, in anderen Bereichen kaum gegeben. Bei den offenen Fragen wurde von den befragten MitarbeiterInnen am häufigsten die Forderung nach mehr Personal erwähnt, gefolgt von der Kritik, dass zu wenig Zeit für die Patienten zur Verfügung steht. Spezifischere Daten bzw. gesonderte Daten und Vergleichsdaten für die Mitarbeiterzufriedenheit in den psychiatrischen Abteilungen des Ostarrichiklinikums und des Donauklinikums – Standort Gugging standen für die vorliegende Evaluation nicht zur Verfügung.

#### *Ad c) Evaluation der Mitarbeiter-Fortbildung in den NÖ Pensionisten- und Pflegeheimen*

Im Rahmen einer Untersuchung des Zentrums für Alternswissenschaften und Sozialpolitikforschung aus dem Jahr 1998 wurde u.a. der Bedarf an Fortbildungsmaßnahmen bei den MitarbeiterInnen von 56 NÖ Pensionisten- und Pflegeheimen erhoben. Die größte Nachfrage bestand dabei an Fortbildungsveranstaltungen zum Thema „Sterbebegleitung, Hospiz“, gefolgt von den Themenbereichen „Gerontopsychiatrie – Umgang mit Desorientierten und Dementen“, „Psychosoziales – Kommunikation, Umgang mit Alten, Psychologie“ und „Psychosoziales – Validation“. Die Mehrheit der befragten MitarbeiterInnen gab als bevorzugten Veranstaltungsort das eigene Heim und als bevorzugten Zeitrahmen ganztägige Veranstaltungen an. Diese Ergebnisse variierten in Abhängigkeit vom Fortbildungsinhalt und der individuellen Erfahrung mit Fortbildungsveranstaltungen. Von allen befragten MitarbeiterInnen hatten immerhin 24% noch nie an einer Fortbildungsveranstaltung teilgenommen, wobei die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Fortbildungsangeboten mit der Berufsgruppenzugehörigkeit und der Beschäftigungsdauer im Heim in Zusammenhang stand.

#### *Ad d) Alten- und Pflegeheime in Österreich: Trägerstruktur, Angebotsstruktur und Beschäftigung*

In eine von der Wirtschaftsuniversität Wien, Abteilung für Sozialpolitik, im Jahr 2002 durchgeführten Untersuchung zur Beschäftigung im österreichischen Nonprofit Sektor flossen auch Ergebnisse aus 111 NÖ Pensionisten- und Pflegeheimen<sup>306</sup> ein, wobei für die vorliegende Evaluation des NÖP95 keine getrennten Ergebnisse für die einzelnen

---

<sup>306</sup> Ohne Heime für ausschließlich physisch und psychisch behinderte Menschen und Seniorenwohngemeinschaften; Quelle Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Stichtag 31.12.2000)

Bundesländer zugänglich waren. Zu den von den befragten HeimleiterInnen angegebenen häufigsten Personalproblemen zählten der „zu geringe Personalstand“, der „Mangel an sozial ausgebildeten Fachkräften“, „Qualifikationsdefizite“ und „zu hoher Krankenstand“. Rund 25% der HeimleiterInnen gaben an, dass ihre Einrichtungen keine Personalprobleme hätten. Nur rund 13% der HeimleiterInnen hatten nach eigenen Angaben keine Schwierigkeiten bei der Personalsuche, von den übrigen gaben rund 91% Probleme bei der Suche nach diplomiertem Pflegepersonal und 48% bei der Suche nach Pflege- und AltenhelferInnen an.

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

Der Wandel des psychiatrischen Versorgungsparadigmas von der Angebots- bzw. Institutionenorientierung hin zur Personenzentrierung gemäß der Leitlinie 1 der vorliegenden Evaluation des NÖP95 bringt neue Anforderungen an Strukturen und Prozesse auf der Ebene des versorgenden Personals mit sich.

#### *Personalkompetenzen*

Während in großen Einrichtungen Räume, Konzepte und Personal starr miteinander verkoppelt waren/sind und die Versorgung nach einem routinemäßigen Ablaufschema erfolgt/e, erfordern personenzentrierte Konzepte eine Vorgehensweise, die die flexible, den fluktuierenden individuellen Hilfebedarf berücksichtigende Unterstützung im Lebensfeld in den Vordergrund stellt. Im Vergleich zu institutionellen Behandlungseinheiten, in denen MitarbeiterInnenhierarchien und Dienstbeschreibungen den Handlungsspielraum weitgehend determinieren, verlangen mobile Einsätze im Lebensfeld von den MitarbeiterInnen mehr Eigenverantwortlichkeit und ein höheres Ausmaß an Kompetenzen, die über berufsspezifische Kenntnisse und Fertigkeiten hinausgehen. Die Fragestellungen, mit denen sich z.B. MitarbeiterInnen der PSDs im Bereich des psychiatrischen Krisendienstes und insbesondere im Bereich des Case-Managements konfrontiert sehen werden, sind äußerst vielfältig und komplex und erfordern Kompetenzen, die das Ausbildungswissen der traditionell in der psychiatrischen Versorgung tätigen Berufsgruppen weit übersteigen<sup>307</sup>. Auch wenn das jeweilige Ausbildungswissen der verschiedenen Berufsgruppen eine wichtige Grundlage für die Planung, Koordination und Erbringung der personenzentrierten Hilfen ist, ist ein gezieltes

---

<sup>307</sup> vgl. auch Wancata, J., Gasselseder, M.: Case-Management: Eine Möglichkeit der Koordination von Versorgung? Gemeindefnahe Psychiatrie, 20.Jg. 2, 1999, S. 19 - 34

und umfassendes Personalmanagement unverzichtbar. Die spezifischen Kompetenzen, also das Wissen, die Fähigkeiten und Haltungen, über die MitarbeiterInnen in der psychiatrischen Versorgung - unabhängig von der Berufsausbildung - verfügen sollten, lassen sich in 5 Bereiche gliedern<sup>308</sup>:

#### 1. Personelle Kompetenz

- Selbstreflexive und selbstanalytische Fähigkeiten
- Persönlichkeitsmerkmale
- Handlungsleitende ethische und ideologische Werte und Normen

#### 2. Interaktionelle und kommunikative Kompetenz

- Fähigkeiten in der Beziehungsgestaltung mit Klienten
- Fähigkeiten in der Gestaltung von Kooperationsbeziehungen

#### 3. Institutionelle Kompetenz

- Fähigkeiten zur Entwicklung von Organisationsqualität des eigenen Arbeitsbereiches
- Fähigkeiten zur Team- und Organisationsentwicklung
- Fähigkeiten zur vernetzenden Kooperation

#### 4. Instrumentelle bzw. methodische Kompetenz

- „Handwerkliche“ Fähigkeiten zur Ermöglichung systematischen Handelns
- Fähigkeiten zur Durchführung spezieller Angebots- und Interventionsformen

#### 5. Fachliche Kompetenz

- Fachspezifisches Wissen aus wissenschaftlicher Theorie und Erfahrungswissen
- Berufsspezifische Fertigkeiten, Haltungen und Standards

---

<sup>308</sup> Angelehnt an KITZIG, W.: Hilfen für Helfer: Fortbildung und Supervision. In: Handwerks-Buch-Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1998. Eine umfassende Übersicht befindet sich im Anhang.

Eine zentrale Anforderung an die MitarbeiterInnen ist die, ihre Kompetenzen in komplexen, vielfältigen und sich wandelnden Settings umsetzen zu können.

Neben einer Personalauswahl, für die - neben den oben beschriebenen allgemeinen Kompetenzanforderungen - spezifische Anforderungsprofile für einen oder mehrere konkrete Aufgabenbereiche handlungsanleitend sein sollten, hat die Personalentwicklung eine große Bedeutung für die Qualitätsverbesserung in der Versorgung (siehe Kap.A.1).

### *Personalplanung*

Die Personalplanung soll sich auch in den verschiedenen Funktionsbereichen der psychiatrischen Versorgung an einem Personalbedarfskonzept, das eine Anpassung des Personalstandes an den Bedarf vorsieht, orientieren.

Gegenwärtig erfolgt die Personalbedarfsbestimmung für die bestehenden Diensten und Einrichtungen gesondert aufgrund spezifischer Regelungen bzw. Vereinbarungen. So bestimmen etwa im Bereich der niedergelassenen ÄrztInnen, PsychologInnen und TherapeutInnen mit Kassenvertrag die Vorgaben der Krankenkassen die Anzahl und räumliche Aufteilung der entsprechenden Praxen. Im Bereich der komplementären Wohn- und tagesstrukturierenden Einrichtungen orientiert sich die Anzahl der Personal-Wochenstunden an den Richtlinien des Landes NÖ. In den Krankenanstalten ist die Personalplanung Aufgabenbereich der Abteilung Personalangelegenheiten A des Amtes der NÖ Landesregierung, wobei hier auch die Vorgaben des LKF-Systems Berücksichtigung finden müssen. In den PSDs wird die personelle Besetzung auf der Grundlage des NÖP95 vorgenommen. In den Pensionisten- und Pflegeheimen existieren eigene Personalplanungen. Als Referenzwert für Personalstunden in den verschiedenen Diensten und Einrichtungen wird entweder die Bevölkerungszahl oder die Anzahl von Plätzen in einer Einrichtung herangezogen. Insgesamt spiegelt das gegenwärtige Konzept der Personalplanung die psychiatrische Versorgungsorganisation wider, in der die einzelnen Versorgungsbereiche fachlich, organisatorisch, konzeptuell, finanzierungstechnisch und personell getrennte Einheiten bilden. Jede dieser Versorgungseinheiten verfügt über ihr eigenes Personal und über ihr spezifisches Konzept des Personalmanagements.

Einrichtungübergreifende Personaleinsätze, die eine Voraussetzung für die in der Leitlinie 4 der Evaluation des NÖP festgehaltene Kontinuität der Betreuung sind, werden durch diese

Fragmentierung erschwert bzw. verunmöglicht. Die in der vorliegenden Evaluation empfohlene Personalplanung für den stationären und teilstationären psychiatrischen Krankenhausbereich auf der Grundlage der deutschen Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ist als eine Abkehr vom einheitlichen Personalschlüssel für Betten zu verstehen. Mit der Differenzierung in Behandlungsbereiche, die sich am Behandlungsbedarf von definierten Patientengruppen orientieren, lässt sich ein erster Schritt weg von einer einrichtungszentrierten hin zu einer patientenzentrierten Personalplanung vollziehen.

Im Bereich der komplementären psychiatrischen Versorgung, also jenem Versorgungsbereich der die Unterstützung in den Bereichen Selbstversorgung und Wohnen, Tagesgestaltung und Kontaktfindung sowie Arbeit und Ausbildung umfasst und der in erster Linie Personen mit umfassenderen psychischen Beeinträchtigungen betrifft, wird das Konzept der personenzentrierten Behandlung und Rehabilitation empfohlen. Dieses zielt darauf ab, dass auch Personen mit komplexem Unterstützungsbedarf in ihrem Lebensfeld bedarfsgerecht versorgt werden können. Komplex bedeutet in diesem Zusammenhang, dass eine Person aufgrund ihrer psychisch bedingten Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen und in zeitlich schwankendem Ausmaß professionelle Unterstützungsleistungen benötigt. Um den Verbleib dieser Personen in ihrem Lebensfeld so weit als möglich zu gewährleisten, muss die Organisation der Hilfe demnach so flexibel sein, dass Art und Umfang entsprechend dem wechselndem Bedarf und unter Wahrung der Kontinuität der therapeutischen Beziehungen verändert werden können.

Dass die erforderlichen Unterstützungsleistungen in der Regel nicht von einem Dienst alleine erbracht werden können, macht die Vernetzung und Koordination der vorhandenen Unterstützungsangebote notwendig. Das bedeutet, dass aufgrund individueller Hilfepläne der Unterstützungsbedarf in regelmäßigen Abständen prospektiv eingeschätzt und überprüft werden muss, dass sich mitunter mehrere Dienste an der Hilfeebringung beteiligen und dass nach dem Modell des intensiven Case-Managements der PSD die einrichtungsübergreifende Koordination der Hilfen und die individuelle Begleitung im Einzelfall durchführt.

Der Personalbedarf auf der jeweiligen geografischen Ebene ist daher das Resultat des prospektiv eingeschätzten Unterstützungsbedarfes für die KlientInnen in einem Bezirk bzw. einer Region. Individuelle Schwankungen im Unterstützungsbedarf und die in der personenzentrierten Versorgung erforderlichen Synergien und Kooperationen der Dienste und

Einrichtungen lassen eine Festlegung des Personalbedarfs für bestimmte Dienste in Abhängigkeit von der Bevölkerungsdichte nicht mehr zu. Für die Unterstützungsleistungen des PSD, der im Wesentlichen die Aufgaben des Case-Managements für die Zielgruppe der Personen mit komplexem Unterstützungsbedarf sowie den psychiatrischen Not- und Krisendienst tagsüber an Wochentagen wahrnehmen soll, kann der personelle Rahmen des ÖKAP 2000 von 13 - 16 MitarbeiterInnen/100 000EW als Orientierungsmessziffer übernommen werden (siehe Kap.B.2.3).

### *Personalentwicklung*

Die vorliegende Evaluation des NÖP95 beinhaltet zahlreiche Neukonzeptualisierungen der zukünftigen psychiatrischen Versorgungsstrukturen in NÖ, die entsprechende Entwicklungen und Adaptionen im Bereich der Personalentwicklung notwendig machen. Die wesentlichen Neuerungen sollen im Folgenden hinsichtlich ihrer personellen Konsequenzen an vier Beispielen skizziert werden:

- Der Auf- und Ausbau der Regionalen Zentren für seelische Gesundheit erfordert nicht nur die Verfügbarkeit von ausreichend ärztlichem, pflegerischem und therapeutischem Personal in jeder der sieben Psychiatrieregionen sowie deren Qualifikation für neue Aufgabengebiete (z.B. im Rahmen des Not- und Krisendienstes, der Tagesklinik, des psychiatrischen Konsiliardienstes), sondern auch Strukturen, in denen die MitarbeiterInnen mehrere Funktionen wahrnehmen bzw. über die Grenzen von Behandlungseinheiten hinaus tätig werden (z.B. Versorgungsaufgaben auf Bettenstation, in Tagesklinik, im Not- und Krisendienst, im Rahmen konsiliarpsychiatrischer Tätigkeit). Der Vorteil einer solchen Flexibilisierung liegt, bei entsprechender Qualitätssicherung, für die MitarbeiterInnen im Gewinn neuer und ganzheitlicher Erfahrungen und Kompetenzen und für die PatientInnen in einer verbesserten Behandlungs- und Beziehungskontinuität gemäß der Leitlinie 4 der Evaluation des NÖP95.
- Die empfohlene Zuständigkeit der PSDs für die Personen mit umfassendem und komplexem psychiatrischen Hilfebedarf im Bezirk geht mit einem deutlichen personellen Ausbau, mit einer Multiprofessionalisierung, mit einer Differenzierung des Aufgabenbereiches und mit einer Kompetenzerweiterung der PSD-Teams einher. Die Anforderungen an das Personalmanagement bestehen dabei in einer Optimierung der Personalplanung (Analyse des quantitativen und qualitativen Personalbedarfs in Abhängigkeit von Hilfebedarf und lokaler Infrastruktur), der Personalbeschaffung



(Auswahl von MitarbeiterInnen mit entsprechenden Kompetenzen<sup>309</sup>), des Personaleinsatzes (zur Gewährleistung bedarfsgerechter und flexibler Koordinations- und Unterstützungsfunktionen im Sinne personenzentrierter Hilfen) und der Personalentwicklung. In letztgenannten Teilbereich fällt auch die theoretische und praktische Schulung aller PSD-MitarbeiterInnen in der Erstellung und Koordination individueller Hilfepläne.

- In der praktischen Unterstützung von Personen mit komplexem psychiatrischem Hilfebedarf soll - primär im Versorgungsbereich „Selbstversorgung und Wohnen“ - den Leistungen der sozialmedizinischen und sozialen Betreuungsdienste in NÖ eine gewichtigere Rolle als bisher zukommen. Gemäß der Leitlinie 7 der Evaluation des NÖP95 sollen psychiatrisch spezialisierte Dienste subsidiär wirksam werden, d.h. erst dann direkte Unterstützungsleistungen erbringen, wenn die allgemein verfügbaren Versorgungsangebote den Bedarf im Einzelfall nicht abdecken können. Um die Einbindung der sozialmedizinischen und sozialen Betreuungsdienste in die Versorgung von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen zu optimieren, sind auch hier entsprechende Maßnahmen des Personalmanagements einzusetzen, die in erster Linie die Personalentwicklung (Qualifikation der MitarbeiterInnen durch Bildungsmaßnahmen) aber auch die Personalplanung (Beschäftigung von MitarbeiterInnen mit psychiatrischer Qualifikation) betreffen.
- Niedergelassene Fachkräfte (FachärztInnen für Psychiatrie, TherapeutInnen) sollten vermehrt die Möglichkeit vorfinden, bei Diensten in der Region (z.B. psychiatrischer Not- und Krisendienst) mitzuarbeiten und auf diese Weise ihre Kenntnisse und Erfahrungen auszubauen.

In Anbetracht der sich aus diesen konzeptuellen Veränderungen und Reorganisationen ergebenden Anforderungen an die Arbeitsweisen und damit Qualifikationen der MitarbeiterInnen wird eine breite Palette an Personalentwicklungsmaßnahmen empfohlen, die sowohl „on the job“ als auch „off the job“ erfolgen sollten.

Abgesehen von den berufsspezifischen Ausbildungen, d.h. den Maßnahmen „into the job“, wurden in NÖ bisher zahlreiche Angebote der Weiterqualifizierung für Personal, das im psychiatrischen Bereich tätig ist sowie für andere, mit psychiatrischen Themen konfrontierte Personenkreise, gemacht. Exemplarisch seien hier die vom NÖGUS - Bereich Soziales

---

<sup>309</sup> siehe Anhang

veranstalteten Symposien, Fachtagungen, mentalen Gesundheitstage, Informationsprojekte und Schulungsmaßnahmen für Exekutiv- und Rettungskräfte, die in den NÖ Landesnervenkliniken veranstalteten Tagungen und internen Fortbildungsveranstaltungen, die Aus- und Fortbildungsangebote der NÖ Ärztekammer, die spezifischen Weiterbildungsangebote der Donauuniversität Krems sowie die zahlreichen Supervisionen, Qualitätszirkel und internen Fortbildungen in psychiatrischen Einrichtungen und Diensten erwähnt.

Das „Zentrum für Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit“ an der NÖ Landesakademie bietet das „Psychotherapeutische Propädeutikum“ im Rahmen der Psychotherapieausbildung an, weiters eine dreijährige Weiterbildung in „Supervision und Coaching“ sowie die Lehrgänge „Integrative Bewegungs- und Leibtherapie“, „Psychotherapie und Pädagogik“ und „Kreativer Tanz“ ([www.psychotherapie.noelak.at](http://www.psychotherapie.noelak.at)).

Diese Bildungsangebote stehen allerdings untereinander in keinem Zusammenhang, es bietet sich - analog zur psychiatrischen Versorgungslandschaft - vielmehr das Bild eines Nebeneinanders von in sich geschlossenen Maßnahmenpaketen.

Zu berücksichtigen ist auch die Bildungsakademie der pro mente Austria mit einem Fort- und Weiterbildungscurriculum für Personen, die im psychosozialen Bereich tätig sind. Das Angebot ist regionalisiert für die Bundesländer Salzburg, Kärnten/Steiermark, Oberösterreich, Tirol und Wien. In Niederösterreich hat sich bis jetzt kein regionales Angebot etabliert, allerdings nehmen vereinzelt auch MitarbeiterInnen aus niederösterreichischen Diensten und Einrichtungen an Kursen in Wien und Oberösterreich teil.

Der Lehrgang besteht aus einem 100 Stunden umfassenden sozialpsychiatrischen Grundkurs, in dem psychosoziale und psychiatrische Basiskenntnisse vermittelt und die Wahrnehmung und Reflexion der eigenen Arbeitssituation gefördert werden sollen und einem sozialpsychiatrischen Aufbaukurs, der insgesamt 200 Stunden ausmacht und aus folgenden drei Teilen besteht:

- Psychosoziales Basisseminar im Umfang von 40 Stunden zur Erweiterung des psychiatrischen Grundwissens und des persönlichen Handlungsspielraumes
- Aufbau-Modul im Umfang von mindestens 80 Stunden, das der Vertiefung des Wissens und der persönlichen Kompetenzen in wahlweise einem der drei Bereiche „Wohnen“, „Arbeit, Beschäftigung, Tagesstruktur“ bzw. „Beratung“ dient

- Frei wählbare Module zu verschiedensten psychosozialen und psychiatrischen Themen im Gesamtausmaß von 80 Stunden.

Wie bereits im NÖP95, wird auch in der vorliegenden Evaluation die Implementierung eines Curriculums für die systematische Aus-, Fort- und Weiterbildung der in der psychiatrischen Versorgung tätigen Personen vorgeschlagen. So könnte in der Donauuniversität Krems eine Palette von aufeinander abgestimmten Bildungsmodulen angeboten werden, die sich schwerpunktmäßig mit Umsetzungsfragen des Psychiatriepflichtgesetzes beschäftigen und die - je nach individuellem Bedarf (Interessenslage, Arbeitsschwerpunkt, Position, Grundausbildung, etc.) - kombiniert und mit unterschiedlichen Zertifikaten abgeschlossen werden können. Dabei sollte auf das gesamte Spektrum der Personalentwicklungs-Formen zurückgegriffen werden, d.h. eine Kombination von Wissensvermittlung „on the job“ und „off the job“ mit Zugangsmöglichkeiten in allen Psychiatrieregionen angeboten werden. Im Rahmen dieses Curriculums sollte das Fachwissen vor allem auch in die konkreten Arbeitsbereiche exportiert werden, z.B. in Form von Projektarbeiten, Praktika sowie Anleitung, Monitoring und Supervision durch Experten in der Arbeitssituation.

Personalentwicklungsangebote dürfen sich nicht auf LeiterInnen und Betreuungspersonal von Diensten und Einrichtungen beschränken. Innerhalb dieser müssen auch MitarbeiterInnen, die nicht zum fixen Personal zählen (Zivildienstler, PflegeschülerInnen, PraktikantInnen, ehrenamtliche HelferInnen, Reinigungskräfte, etc.) und eine Rolle in der Versorgung spielen, in die entsprechenden Maßnahmen eingebunden werden. Ein besonderes Augenmerk sollte auch auf die psychiatrienerfahrenen Personen selbst sowie ihre Angehörigen und sonstigen wichtigen Bezugspersonen gelegt werden. Einerseits geht es darum, die persönlichen Ressourcen im Umgang mit der Erkrankung und deren Folgewirkungen durch entsprechende Aufklärungs-, Schulungs- und Informationsmaßnahmen zu fördern, und andererseits sollen das Know-How und die Kompetenzen der Betroffenen vermehrt strukturell in Versorgungsbereichen verankert werden.

Um PsychiaterInnen vermehrt die Partizipation im Sinne der Mitarbeit in Diensten und Einrichtungen, der Beratung und Begleitung für andere Betroffene, der Verwirklichung von Selbsthilfeaktivitäten, der Öffentlichkeitsarbeit, der Präsentation von Erfahrungen,

Sichtweisen und Konzepten, der Teilhabe an versorgungsrelevanten Planungen und Entscheidungen, etc. zu ermöglichen, sollten sie einen Zugang zu den benötigten Qualifizierungsmaßnahmen haben. Darüber hinaus sollten die psychiatriee erfahrenen Personen und ihre Bezugspersonen auch selbst 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 psychiatriee erfahrene Personen systematisch ihre Kenntnisse und Erfahrungen an verschiedene Interessensgruppen weitergeben, größtmöglich gefördert werden.

Zur zusätzlichen Förderung der MitarbeiterInnenqualifikation sollen flexible Modelle der Arbeitsplatzrotation gefördert werden, die es den MitarbeiterInnen ermöglichen, in verschiedenen Funktionsbereichen tätig zu sein. So könnten z.B. die MitarbeiterInnen des psychiatrischen Not- und Krisendienstes am RZSG schwerpunktmäßig in anderen Versorgungsstrukturen (niedergelassener Bereich, Bettenstation bzw. Tagesklinik am RZSG, PSD, etc.) tätig sein.

### *Personaleinsatz*

Bei den erforderlichen Qualifikationen im Bereich der psychiatrischen Versorgung sind grundsätzlich zwei Aspekte zu berücksichtigen: Zum einen erfordert, wie bereits eingangs erwähnt, professionelles Handeln Kompetenzen, die weit über das im Rahmen einer Ausbildung erworbene berufsgruppenspezifische Fachwissen hinausgehen. Je mehr Unterstützungsleistungen aus unterschiedlichen Funktionsbereichen MitarbeiterInnen erbringen müssen, desto eher sind kompetente „GeneralistInnen“ gefragt. So sollte beispielsweise der im PSD tätige Sozialarbeiter erkennen können, ob ein Klient an Nebenwirkungen durch Psychopharmaka leidet, die diplomierte Krankenschwester bei ihrem Hausbesuch im Konfliktfall zwischen KlientIn und Angehörigem vermitteln können, die ErgotherapeutIn in einer psychischen Krise entsprechend intervenieren können, etc. Zum anderen erhöhen strukturelle und organisatorische Entwicklungen, differenziertere Behandlungs- und Diagnoseformen, neue wissenschaftliche Erkenntnisse, soziodemografische Veränderungen, etc. den Bedarf an spezialisiertem Know-How. Sowohl mit ausschließlich generalisiertem als auch mit ausschließlich spezialisiertem Wissen sind Nachteile verbunden. So würde eine Reduktion auf das Generalwissen die wertvolle

Expertenkompetenz nivellieren und zu einem Qualitätsverlust führen und ein ausschließlich berufsgruppenspezifisches Spezialwissen eine Beschränkung der individuellen Unterstützungsleistungen nach sich ziehen. Da in der Regel eine einzelne Betreuungsperson das Spektrum zwischen Generalisierung und Spezialisierung nicht erfüllen kann, ist eine ausgewogene Balance zwischen diesen beiden Polen innerhalb eines Dienstes bzw. einer Einrichtung anzustreben.

Mit dem Konzept der personenzentrierten Hilfen sollten die personellen Ressourcen auf eine Art und Weise gefördert und eingesetzt werden, die den KlientInnen unterschiedliche Hilfeleistungen bei gewahrter Beziehungskontinuität zugänglich machen. So sollten z.B. innerhalb der PSDs die personellen Ressourcen so verteilt werden, dass MitarbeiterInnen mit breit gefächerten Kenntnissen, also eher GeneralistInnen, die Funktionen des Case-Managements übernehmen und spezialisierte Kräfte für die Umsetzung der einzelnen Unterstützungsleistungen herangezogen werden (siehe Kap. B.2.3).

Hier könnte auch durch einen gleichzeitigen Einsatz von Personal in (teil-)stationären und ambulanten/mobilen Versorgungsstrukturen eine größere Vielfalt an Kompetenzen erreicht werden.

Beim Personaleinsatz sind auch die im Teil B beschriebenen geschlechtsspezifischen Aspekte zu berücksichtigen.

#### *Neue Anforderungen an Führung und Leitung in psychiatrischen Diensten und Einrichtungen*

Für das Gelingen von restrukturierenden Organisationsmaßnahmen und den damit einhergehenden Neukonzeptualisierungen - wie sie in der vorliegenden Evaluation empfohlen werden - sollten gezielte Managementmethoden eingesetzt werden, um diese Veränderungsprozesse optimal gestalten und auftretende Barrieren handhaben zu können. Ein wesentlicher Anteil an dem Erfolg bei der Umsetzung neuer Versorgungskonzepte kommt dabei den jeweiligen Führungs- und Leitungspositionen in den versorgenden Diensten und Einrichtungen zu<sup>310</sup>.

Gerade die Personen des oberen und mittleren Managements übernehmen die Schlüsselpositionen bei dem Ziel, ihre Organisation auf den Weg zu einer „lernenden

Organisation“ zu bringen, die den kommenden Anforderungen in einer offenen, flexibel-kritischen Weise begegnen kann.

Dem Topmanagement kommt dabei die Aufgabe zu, aus der Gesamtkonzeptualisierung strategische Zielformulierungen abzuleiten und die Ergebnisse dieser Entscheidungen für die operative Umsetzung aufzubereiten. An den Führungskräften liegt es dann, vorhandene Personalpotenziale zu nutzen, zu entwickeln und Konzepte praktisch umzusetzen.

Voraussetzung für eine einheitliche und klare Vorgangsweise ist die genaue Kenntnis des Gesamtkonzepts mit allen operativen Implikationen durch die Schlüsselpersonen. Es wäre demnach förderlich, begleitende Experten einzusetzen, die die jeweiligen Organisationen auf diesem Weg begleiten bzw. „coachen“ könnten. Insgesamt sind jedoch für das Initiieren, Unterstützen, Begleiten und Festigen der Entwicklungsprozesse bestimmte strukturelle Planungs-, Kooperations- und Koordinationsmechanismen erforderlich, wie sie bereits im vorigen Kap. D.1 beschrieben wurden. Die Psychiatrieplanungsagentur in Zusammenarbeit mit den Regionalkonferenzen kann dabei eine maßgebliche Promotoren-Funktionen einnehmen.

In derselben Weise wie sich bestimmte allgemeine Personalkompetenzen herauskristallisieren, die sich als kritische Erfolgsfaktoren für die zukünftige psychiatrische Versorgung ergeben, lassen sich auch neue Anforderungen an die Schlüsselpersonen der versorgenden Institutionen ableiten, die sich aus der Besonderheit eines personenzentrierten Versorgungsansatzes ergeben. Dabei sind nach ROSEMANN besonders folgende Anforderungen hervorzuheben<sup>311</sup>:

- Gewährleistung einer geforderten Versorgungsverpflichtung

Wenn - wie in Kap. B. 2.3 vorgeschlagen - eine Versorgungsverpflichtung auch außerhalb der stationären psychiatrischen Behandlung angestrebt wird, dann werden

---

<sup>310</sup> Gabriele Tergeist: Führen und Leiten in psychiatrischen Einrichtungen. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2001

<sup>311</sup> Die folgenden Ausführungen basieren auf einem Vortrag von Matthias Rosemann mit dem Titel „Neue Anforderungen an die Geschäftsführung“ im Rahmen eines Symposiums der Tagung der AKTION PSYCHISCH

speziell bei den so genannten „Systemsprengern“ unter den betreuten Personen immer wieder Grenzen erreicht. Die Überwindung bzw. auch das Akzeptieren dieser Grenzen erfordert im Einzelfall auch das persönliche Engagement der Führungskräfte in den Teams und Einrichtungen. Dabei spielt die persönliche Auseinandersetzung der Leitungsverantwortlichen mit den Auswirkungen der Pflichtversorgung auf die alltägliche Arbeit eine wesentliche Rolle.

- Entwicklung von personenzentrierten „Regeln“ für die Inanspruchnahme des Versorgungsangebots durch die Leistungsempfänger

Die Inanspruchnahme von psychiatrischen Diensten und Einrichtungen wird seitens der Leistungsanbieter mit gewissen Regeln versehen, die von den betreuten Personen möglichst einzuhalten sind. Dies trifft auf psychiatrische Abteilungen ebenso zu wie auf die ambulante Versorgung durch den PSD bzw. auf komplementäre Dienste und Einrichtungen, wie z.B. betreute Wohneinrichtungen. Dabei haben gleiche Regeln für alle den Vorteil der Klarheit und einfachen Handhabung, allerdings verbunden mit dem Nachteil, an individuellen Bedürfnissen oft vorbeizudriften. Individuelle Vereinbarungen können hier Abhilfe schaffen und bringen zudem noch den Vorteil der Mitverantwortlichkeit durch den Leistungsempfänger. Eine wesentliche Aufgabe für die Führungskräfte sind die mit dieser Handlungsänderung verbundenen Auseinandersetzungen mit und in den Teams (und mit den Patientinnen und Klienten).

- Arbeit gegen den Alltag der Regelmäßigkeit

Die Regelmäßigkeit stellt für ROSEMANN einen der größten inneren Feinde der Personenzentrierung dar. Denn diese erfordert das regelmäßige Hinsehen und Offensein für die aktuellen und individuellen Umstände und Problemlagen. Die Haltung des ‚das war bei uns immer so‘, die übrigens auch in jungen Einrichtungen rasch entwickelt werden kann und keineswegs ausschließlich die Domäne großer Kliniken und Heime ist, steht dem individualisierenden und aktualisierenden Blick stets entgegen.

- Personalunterstützung bei der Flexibilisierung ihrer Tätigkeiten

Eine Flexibilisierung im Personaleinsatz - wie sie oben beschrieben wurde - kann beim Personal vorerst Überforderungen und beruflichen Identitätsirritationen mit sich bringen. So wie es schwer sein kann, Mitarbeiter aus stationären Einrichtungen zu bewegen, (ergänzend) ambulant tätig zu werden, so schwer kann es werden, ein ambulantes Team dazu zu bewegen, in einer stationären Wohngruppe mitzuarbeiten. Diese Flexibilität ist aber für ein personenzentriertes Hilfesystem nahezu unerlässlich und sollte durch Führungskräfte durch Begleitmaßnahmen für die MitarbeiterInnen entsprechend attraktiv gestaltet werden.

Bei einer fortschreitenden Flexibilisierung ist der Ausgleich zwischen dem Erhalt einer individuellen Betreuungskontinuität und der regionalen Versorgungsverpflichtung hinsichtlich eines noch ungedeckten Bedarfs im Auge zu behalten.

In diesem Zusammenhang ortet ROSEMANN auch die Gefahr von nachteiligen Abhängigkeiten, in die auch in ambulanten Versorgungsstrukturen KlientInnen gebunden werden können, und zwar ganz so, wie es in den stationären Einrichtungen der Fall war/ist.

- Ambulante Angebote schaffen Probleme mit Immobilien

Die größte Aufgabe sieht ROSEMANN aber in der Übertragung der Personenzentrierung auf Immobilien, das hieße nämlich letztlich für die Träger von komplementären Einrichtungen, den Besitz von Immobilien aufzugeben und sich ausschließlich auf die Betreuung zu konzentrieren. Diesem Schritt stehen jedoch zumeist wirtschaftliche Interessen der Träger entgegen. Zusätzlich wird es bei der funktionalen Trennung von Wohnen und Betreuung – wie sie hier in Kap. B.3.1 empfohlen wird – auch immer wieder Personen geben, die auch nachts Ansprech- und Hilfspersonen benötigen werden. Die Aufgabe von Geschäftsführungen solcher Einrichtungen ist es deshalb, Lösungen zu finden, um diese Funktion nachhaltig erfüllen und finanzieren zu können.



## *Öffentlichkeitsarbeit*

Ein hoher Stellenwert kommt mittlerweile der Öffentlichkeitswirkung durch das psychiatrische Personal zu. Das Bild der in der psychiatrischen Versorgung tätigen Personen ist in der Öffentlichkeit nach wie vor aus historischen Gründen negativ geprägt. Dahinter steckt das hartnäckige Vorurteil, psychisch kranke Menschen bzw. (ehemalige) Patienten psychiatrischer Dienste und Einrichtungen seien unberechenbar und gefährlich. Verstärkt wurde dieses Vorurteil auch dadurch, dass die Behandlung und Betreuung der betroffenen Personen früher hauptsächlich intramural, also „innerhalb der Mauern“ von Sonderkrankenanstalten erfolgte. Die negativen öffentlichen Einstellungen konnten auch durch die im Zuge der Psychiatriereform veranstalteten Programme im Sinne einer „Öffnung der Anstalten“ („Tage der offenen Tür“, Kulturveranstaltungen im Krankenhausareal, etc.) nur begrenzt ausgeglichen werden. Die nunmehr zum Teil bereits erfolgte und konsequent weiter zu verfolgende Integration der (teil-)stationären psychiatrischen Versorgung in die Allgemeinkrankenhäuser schafft insofern eine „Öffnung“, als sich zahlreiche Begegnungsmöglichkeiten ergeben, die das Personal unterschiedlicher Fachrichtungen, die Angehörigen bzw. BesucherInnen von PatientInnen unterschiedlicher Abteilungen und nicht zuletzt die PatientInnen mit psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Erkrankungen selbst betreffen. Diese Vernetzungs- und Integrationsprozesse können einen wesentlichen Beitrag zur Reduktion der bestehenden Vorurteile und Diskriminierung von psychisch erkrankten Personen beitragen. Ein mindestens ebenso großes Potenzial zur Korrektur der vorhandenen Fehlmeinungen in der Bevölkerung liegt in der Arbeitsweise ambulanter und mobiler Dienste, die lebensfeldzentriert ist und somit einen direkten und indirekten Einfluss auf das soziale Umfeld der betreuten Personen und dessen Einstellungs- und Wertgefüge hat. Diese „Nebenwirkungen“ einer gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgung sollten deshalb in verstärktem Maß im Sinne einer öffentlichkeitswirksamen „Marketingstrategie“ einen wichtigen Bestandteil im Personalmanagement darstellen. Ein weiterer wichtiger Faktor ist dabei die in allen Öffentlichkeitsbereichen präsente und zunehmend bedeutsame Medienlandschaft. Je integrierter und konsequenter sich die psychiatrische Versorgung für die Öffentlichkeit darstellt, umso eher wird integrationsbehindernden Vorurteilen entgegengewirkt, was wiederum die Chancen und Möglichkeiten für die gesellschaftliche Teilhabe der Betroffenen erhöht. In diesem Zusammenhang soll auf die weltweite Anti-Stigma-Kampagne der World Psychiatric Association (WPA) verwiesen werden, die dazu beitragen soll, die Diskriminierung von Personen, die an Schizophrenie leiden, zu reduzieren. Seit August 2000 nimmt auch Österreich an der Umsetzung dieses Programms, das durch

Information und Aufklärung Fehlmeinungen abbauen und ein neues Bewusstsein über schizophrene Störungen in der Öffentlichkeit schaffen will, teil<sup>312</sup>. In Niederösterreich wurden im Zuge der Anti-Stigma-Kampagne seitens des NÖGUS – Bereich Soziales ein Folder herausgegeben und ein schulbezogenes Projekt in der Region Neunkirchen, im Rahmen dessen SchülerInnen Informationen über psychische Erkrankungen erhielten, durchgeführt.

---

<sup>312</sup> Mit der Durchführung der Kampagne in Österreich wurde die Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie beauftragt, die Umsetzung erfolgt in Kooperation mit der Österreichischen Schizophreniegesellschaft und dem Dachverband der Vereine und Gesellschaften für psychische und soziale Gesundheit, Pro mente Austria.