

Kurzfassung

(Die Zahlen in Klammern nach den einzelnen Überschriften
verweisen auf die entsprechenden Kapitel in der Langfassung)



Evaluation des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995

Heinz Katschnig
Peter Denk
Barbara Weibold

unter Mitarbeit von
Martina Gaisberger, Michael Scherer, Ingrid Zechmeister,
sowie
Monika Krautgartner und August Österle

Universitätsklinik für Psychiatrie
Wien 2003

Teil A

Ziele, Leitlinien und Grundstruktur

Teil B

Die regionale psychiatrische Grundversorgung für Erwachsene einschließlich alter Menschen

Teil C

Die überregionale psychiatrische Spezialversorgung

Teil D

Umsetzungsstrategien

Drei unterschiedlich intensive Arten, sich mit diesem Bericht vertraut zu machen:

1. Lektüre dieser Kurzfassung (66 Seiten mit Seitenverweisen auf Langfassung),
2. Lektüre der Langfassung (541 Seiten mit Seitenverweisen auf Anhang) sowie
3. zusätzliche Benützung des Anhangs, der weitere Materialien enthält (119 Seiten).

Hinweise

In der vorliegenden Evaluation des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995 wird auf diesen immer wieder Bezug genommen. Für das bessere Verständnis beim Lesen sind folgende Hinweise zu beachten:

1. Als Abkürzung für den Niederösterreichischen Psychiatrieplan 1995 wurde NÖP95 gewählt.
2. Die Gliederung des NÖP95 in vier große Abschnitte wurde beibehalten.
Teil A „Ziele, Leitlinien und Grundstruktur“ zeichnet die Entstehungsgeschichte dieser Evaluation nach, beschreibt die modernen Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung, an die sich diese Evaluation hält, und stellt die raumplanerischen und fachlichen Grundlagen für die in den weiteren Teilen beschriebenen konkreten Empfehlungen dar.
Teil B „Die regionale psychiatrische Grundversorgung für Erwachsene einschließlich alter Menschen“ beschreibt Dienste und Einrichtungen der psychiatrischen Grundversorgung auf der Ebene der sieben für Niederösterreich definierten Psychiatrieregionen
Teil C befasst sich mit der „Überregionalen psychiatrischen Spezialversorgung“ der Gebiete Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie Psychotherapie.
Teil D schließlich behandelt „Umsetzungsstrategien“.
3. In der Konzeptualisierung dieser Evaluation des NÖP95 wird die Bezeichnung „Sektor“ auf der psychiatrischen Versorgungsebene gleichbedeutend mit der Bezeichnung „Bezirk“ auf der politischen Verwaltungsebene verwendet. Beide Begriffe werden im Text alternierend eingesetzt.
4. In der Kurzfassung finden sich in der Klammer nach den Überschriften Seitenverweise auf das entsprechende Kapitel in der Langfassung.
5. Im vorliegenden Bericht wird sowohl die männliche Schreibweise als auch die männlich/weibliche Schreibweise verwendet. Auch in jenen Bereichen, in denen nur die männliche Form verwendet wird, sind immer beide Geschlechter gemeint.

Vorwort

Im Hinblick auf die Einwohnerzahl ist Niederösterreich gleich groß wie Wien. Flächenmäßig ist Niederösterreich allerdings 46mal größer – damit stellt sich das Problem der psychiatrischen Versorgung wegen der großen Distanzen in einer völlig anderen Weise als in einer Großstadt. Das Prinzip der „gemeindenahen Psychiatrie“, das heute weltweit vertreten und von der Weltgesundheitsorganisation gefördert wird, ist ursprünglich ein städtisches Modell, das danach strebt, dass Dienste und Einrichtungen durch die Betroffenen rasch und leicht erreicht werden können und dass mobile Dienste und Notdienste rasch dorthin gelangen können, wo sie gebraucht werden. Diese Personen- und Lebensfeldzentrierung der psychiatrischen Hilfeleistungen auch im praktischen Versorgungsalltag zu verwirklichen, ist für ein Flächenbundesland wie Niederösterreich eine große Herausforderung.

Der Niederösterreichische Psychiatrieplan 1995 hat diesen Gegebenheiten Rechnung getragen und Niederösterreich in 7 Psychiatrieregionen eingeteilt, für die jeweils die psychiatrische Grundversorgung innerhalb der Region geleistet werden soll. In der hier vorliegenden Evaluation des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995 wurden die damals skizzierten Lösungen ausformuliert und so detailliert dargestellt, dass bei weiteren Planungsschritten unmittelbar darauf zurückgegriffen werden kann.

Die psychiatrische Versorgung in Niederösterreich soll nicht mehr – wie viele Jahrzehnte lang – auf zwei psychiatrische Großkrankenhäuser konzentriert sein, sondern überwiegend außerhalb dieser Krankenanstalten stattfinden. Ihre zahlreichen kleineren stationären Nachfolgeeinrichtungen sind als „qualifiziertes Hinterland“ für Problemlösungen dort zu sehen, wo die ambulanten, mobilen und teilstationären Dienste und Einrichtungen den individuellen Hilfeerfordernissen nicht genügen können.

Die Gliederung dieser „Evaluation des niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995“ hält sich an die Gliederung des alten Plans. Genau genommen liegt hiermit ein „Niederösterreichischer Psychiatrieplan 2003“ vor.

Wir danken allen, die uns durch Hilfen bei Datenerhebungen, bei Auswertungen und in Fachdiskussionen bei der Erstellung dieses Plans unterstützt haben. Sie alle namentlich zu nennen ist nicht möglich. Besonderer Dank gilt Bettina Bartonik, Eva Trappl und Sabine Fisch für die vielfältigen Hilfen bei der Produktion dieses Berichtes.

H. Katschnig, P. Denk, B. Weibold
Kontakt: heinz.katschnig@univie.ac.at

Wien, im September 2003

Teil A – Ziele, Leitlinien und Grundstruktur	1
A.1 – Hintergrund, Ziele und Arbeitsweise	2
A.2 – Leitlinien	2
A.3 – Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen	3
A.3.1 Regionalisierung und Lebensfeldnähe	3
Die Ausgangslage: Zwei psychiatrische Großkrankenhäuser	4
Die fünf Gesundheitsregionen des NÖKAG	5
Die sieben an die Gesundheitsregionen adaptierten Psychiatrieregionen	6
Die Erreichbarkeit der zentralen Orte der sieben Psychiatrieregionen	7
Stufenplan der Versorgung	8
A.3.2 Rechtliche und planerische Vorgaben	10
Teil B – Die regionale psychiatrische Grundversorgung für Erwachsene einschließlich alter Menschen	14
Übersicht zu Teil B	15
B.1 – Das Regionale Zentrum für Seelische Gesundheit	19
B.1.1 Vollstationäre Behandlung im Rahmen des RZSG	21
B.1.2 Tagesklinische Behandlung im Rahmen des RZSG	25
B.1.3 Krisendienst im Rahmen des RZSG	26
B.2 – Ambulante und mobile Dienste auf Bezirksebene	28
B.2.1 Niedergelassene PsychiaterInnen	30
B.2.2 Konsiliarpsychiatrische Versorgung	31
B.2.3 Psychosoziale Dienste	32
B.2.4 Niedergelassene PsychotherapeutInnen und PsychologInnen	35
B.2.5 Niedergelassene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und ÄrztInnen mit Psy-Diplom	35
B.2.6 Soziale Dienste	35
B.3 – „Komplementäre“ Dienste und Selbsthilfeorganisationen	35
B.3.1 „Komplementäre“ Dienste	35
Selbstversorgung und Wohnen	38
Tagesgestaltung und Kontaktfindung	41
Arbeit und Ausbildung	43
B.3.2 Selbsthilfeorganisationen	45
Betroffenenselbsthilfe	45
Angehörigenselbsthilfe	48

Teil C – Die überregionale psychiatrische Spezialversorgung.....	50
Übersicht zu Teil C.....	51
C.1 – Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	56
C.2 – Abhängigkeitserkrankungen.....	57
C.2.1 Alkoholabhängigkeit.....	57
C.2.2 Drogenabhängigkeit.....	58
C.3 – Psychotherapie.....	59
Teil D – Umsetzungsstrategien.....	61
D.1 – Planung, Steuerung und Koordination der Versorgung.....	62
D.2 – Finanzierung.....	63
D.3 – Personalentwicklung.....	65

Teil A

Ziele, Leitlinien und Grundstruktur

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

A.1 Hintergrund, Ziele und Arbeitsweise (2)¹

Im Kapitel A.1 „Hintergrund, Ziele und Arbeitsweise“ werden zunächst die Entwicklungen, die zu dem hier vorliegenden Bericht geführt haben, dargestellt, und zwar sowohl Psychiatriereformbestrebungen in Niederösterreich bis zum Jahre 1995, deren Beginn auf die 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts zurückgeht (A.1.1), als auch die neuen globalen Trends in der psychiatrischen Versorgung (A.1.2). Generell lässt sich sagen, dass –auf einen „Aufstieg der psychiatrischen Anstalten“ im 19. und der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts und auf eine Phase der Anstaltskritik in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts – nunmehr eine Phase der „Ausgewogenheit“ zwischen verschiedenen Arten von „Diensten und Einrichtungen“ folgt, die explizit die Autonomie und Bedürfnisse der Betroffenen in den Vordergrund stellt, was heute als „personenzentrierter Ansatz“ bezeichnet wird. Auf ihn wird als Grundorientierung dieser Evaluation in Kapitel A.2 „Leitlinien“ ausführlich eingegangen.

Weiters wird in diesem Kapitel die Arbeitsweise des Projektteams auf dem Hintergrund der in Niederösterreich seit 1995 eingetretenen Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung und in den planerischen Rahmenbedingungen dargestellt (A.1.3). Auch nach Auftragserteilung im Jahre 2000 kam es ja laufend zu Veränderungen, die in die hier vorliegende Evaluation eingearbeitet werden mussten. Schließlich wird der Charakter dieser Evaluation als „Rahmenempfehlung“ erläutert, in der zwar die Richtung, in die weiter geplant werden sollte, vorgeben wird, gleichzeitig aber für die praktische Umsetzung genügend Spielraum im Sinne der Berücksichtigung lokaler Bedingungen und allfälliger neuer gesetzlicher und finanzieller Rahmenbedingungen gelassen wird (A.1.4).

A.2 Leitlinien (12)

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

1. Personenzentrierung, Bedürfnisorientierung und Lebensqualität an Stelle von Institutionenorientierung
2. Lebensfeldzentrierung
3. Regionalisierung und Versorgungsverpflichtung für die Region
4. Kontinuität und Zuverlässigkeit der Betreuung

¹ Die kursiven Zahlen in Klammern verweisen auf die entsprechenden Kapitel in der Langfassung

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

A.3 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen (27)

In diesem Kapitel werden zwei Arten von Rahmenbedingungen behandelt: Zunächst die für ein großes Flächenbundesland wie Niederösterreich – es entspricht flächenmäßig nur knapp weniger als einem Viertel von ganz Österreich – essenzielle Frage der Erreichbarkeit von Diensten und Einrichtungen (Stichworte „Regionalisierung“ und „Stufenplan der Versorgung“). Ein umfangreicher Teil befasst sich schließlich mit den derzeit gültigen rechtlichen und planerischen Vorgaben. Gerade auf diesem Gebiet gab es seit 1995 zahlreiche Entwicklungen, die es zu berücksichtigen galt.

A.3.1. Regionalisierung und Lebensfeldnähe (29)

Die Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung ist in erster Linie im Sinne einer Förderung der Personenzentrierung für jene Personen zu verstehen, die diese Hilfe in Wohnortnähe in Anspruch nehmen wollen, schließt aber nicht aus, dass im Sinne der Wahlfreiheit auch Hilfe außerhalb der Regionen gesucht werden kann. Freilich ist das Angebot in der *eigenen* Region allein schon deshalb qualitativ besser, weil die bei psychischen Krankheiten in vielen Fällen notwendige Kooperation zwischen verschiedenen medizinischen und sozialen Einrichtungen durch die vorgeschlagene Vernetzung und Kooperation innerhalb jeder Region besser realisiert werden kann.

Schon im NÖP95 wurden – an Stelle der beiden großen traditionellen Einzugsgebiete der Landesnervenkliniken Mauer und Gugging – sieben Psychiatrieregionen definiert. In der vorliegenden Evaluation war es nun notwendig, in Zusammenarbeit mit der NÖ Raumplanung eine Revision der ursprünglichen Einteilung der Psychiatrieregionen vorzunehmen. Während die ursprüngliche 7-Regionen-Lösung ausschließlich am Prinzip der Lebensfeldnähe und Erreichbarkeit orientiert war, ergab sich im Laufe der Projektarbeit die Notwendigkeit, Entwicklungen auf Bundesebene im Hinblick auf die Planung der Gesundheitsversorgung der österreichischen Bevölkerung mitzubedenken.

Wie im NÖ Krankenanstaltengesetz (§35b) festgelegt ist, ist das Bundesland NÖ in fünf Versorgungsregionen eingeteilt (Waldviertel, Weinviertel, Mostviertel, Industrieviertel und NÖ Mitte). In Zukunft sollen die Planung der allgemeinen Gesundheitsversorgung, die Erstellung von Indikatoren und die Zuweisung von Ressourcen auf diese Versorgungsregionen bezogen erfolgen. Es war deshalb zu überlegen, wie – unter weitgehender Wahrung des Prinzips der Lebensfeldnähe – die psychiatrische Regionalisierung so geplant werden konnte, dass sie mit den zukünftigen Planungen der gesamten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung kompatibel ist.

Die Ausgangslage: Zwei psychiatrische Großkrankenhäuser (33)

Niederösterreich ist das einzige Bundesland Österreichs, das über zwei psychiatrische Großkrankenhäuser verfügt, das Ostarrichiklinikum Amstetten und das Donauklinikum Gugging². Traditionell war und ist das Einzugsgebiet des Ostarrichiklinikums Amstetten identisch mit der Diözese St. Pölten, was zum Teil damit zusammenhängt, dass die Caritas der Diözese St. Pölten schon seit 30 Jahren Psychosoziale Dienste in diesem Gebiet betreibt. Das Einzugsgebiet des Donauklinikums Gugging ist dementsprechend das Gebiet der Erzdiözese Wien, soweit es in Niederösterreich liegt.

² Sieht man vom Krankenhaus Ybbs ab, das für Wiener PatientInnen vorgesehen ist, jedoch weitgehend Spezialaufgaben übernommen hat.

Abb.1³: Die beiden traditionellen Einzugsgebiete des Ostarrichiklinikums Amstetten und des Donauklinikums Gugging



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

Die fünf Gesundheitsregionen des NÖKAG (34)

In der Weiterentwicklung des österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes ist vorgesehen, Österreich in eine begrenzte Anzahl von Versorgungsregionen einzuteilen, die mit einer Zeitperspektive bis in das Jahr 2010 für die Weiterentwicklung des ÖKAP/GGP zu einem Leistungsangebotsplan eine Rolle spielen sollen. Dieses Strukturierungsziel ist bereits im erst kürzlich herausgegebenen ÖKAP/GGP 2003 (mit dem Zeithorizont bis zum Jahr 2005) eingeplant, in den auch schon Ergebnisse dieser Evaluation eingeflossen sind.

³ Abbildungen und Tabellen werden innerhalb jedes Teiles (A,B,C,D) durchnummeriert

Für Niederösterreich sind im niederösterreichischen Krankenanstaltengesetz (NÖKAG § 35b; letzte Novelle 2002) bereits fünf solcher Gesundheitsregionen definiert, und zwar nicht durch Bezirksgrenzen, sondern durch Zusammenfassungen der existierenden Krankenanstalten. Es sind dies, wie bereits erwähnt, die Regionen Waldviertel, Weinviertel, Mostviertel, Industrieviertel und NÖ Mitte.

Die sieben an die Gesundheitsversorgungsregionen adaptierten Psychiatrieregionen Niederösterreichs (38)

Durch die jeweilige Teilung der zwei bevölkerungsmässig größten Gesundheitsregionen – Industrieviertel (512.395 Einwohner) und NÖ Mitte (362.183 Einwohner) – wurden insgesamt sieben Psychiatrieregionen geschaffen, die nun alle eine überschaubare Größe aufweisen und die Realisierung der Leitlinie der Lebensfeldnähe ermöglichen (Abb. 2).

Die Versorgungsregion Industrieviertel wurde in zwei Subregionen geteilt, nämlich in

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

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

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

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

Der Bezirk Wien-Umgebung erforderte wegen seiner geographischen Zersplitterung eine besondere Behandlung⁴. Die Gemeinde Gerasdorf, die zum Bezirk Wien-Umgebung gehört, wurde aufgrund der de facto geübten Versorgungspraxis (die Bevölkerung orientiert sich über die Brünner Straße nach Mistelbach) dem „Weinviertel“ und nicht „NÖ Mitte“ zugeordnet. In gleicher Weise wurden Schwechat der Psychiatrieregion „Thermenregion“ und Purkersdorf sowie Klosterneuburg der Psychiatrieregion „NÖ Mitte Nord“ zugerechnet.

⁴ Hier wäre auch zu berücksichtigen, dass wegen der Nahlage zu Wien aus diesen Bezirken auch Einrichtungen in Wien in Anspruch genommen werden.

Abb.2: Geographische Einteilung der sieben Psychiatrieregionen



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

Die Erreichbarkeit der zentralen Orte in densieben Psychiatrieregionen (42)

Der wichtigste Grund für die Regionalisierung ist die leichte Erreichbarkeit von Diensten und Einrichtungen durch die Bevölkerung, und – umgekehrt – die leichte Erreichbarkeit der Bevölkerung durch mobile Dienste (dies gilt besonders für Notfalldienste, aber auch für reguläre Hausbesuche), was die Voraussetzung dafür ist, dass das Prinzip der Lebensfeldnähe realisiert werden kann. Um diese Erreichbarkeit für die hier definierten 7 Psychiatrieregionen zu untersuchen, wurden von der NÖ Raumplanung⁵ für den Individualverkehr die 15-, 30-, 45-, 60-, 75- und 90-Minuten Isochronen für die Standorte Hollabrunn, Tulln, Mödling, Neunkirchen, St. Pölten, Mauer, Amstetten⁶ und Waidhofen/ Thaya berechnet, die sich als zentrale Orte der jeweiligen Region empfehlen..

⁵ Wir danken Frau Dipl. Ing. Ilse Wollansky (Leiterin) und Frau Mag. Elke Ledl, Abteilung Raumordnung und Regionalpolitik des Amtes der Niederösterreichischen Landesregierung, für die Unterstützung.

⁶ Im Hinblick darauf, dass sowohl Amstetten als auch Mauer prinzipiell als zentrale Orte in Frage kommen, wurden die Berechnungen für beide Standorte durchgeführt.

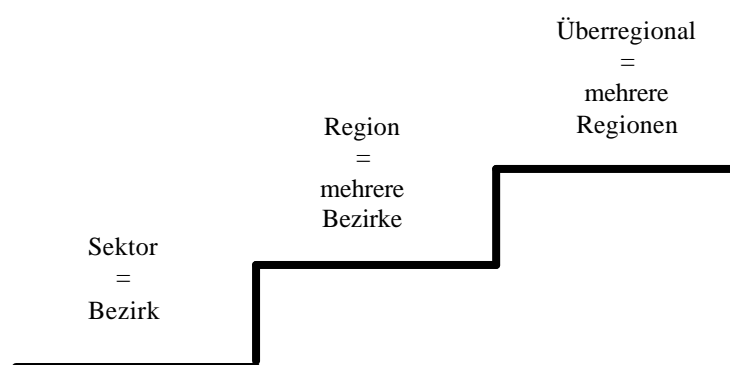
Für nahezu 95% (94,3%) der niederösterreichischen Bevölkerung sind die zentralen Orte der Psychiatrieregionen im Individualverkehr innerhalb von 60 Minuten zu erreichen, für 86,3 % sogar innerhalb von 45 Minuten, und für nahezu 70 % (69,1%) innerhalb von 30 Minuten. Die etwas über 5% (5,4%) der Bevölkerung,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

Stufenplan der Versorgung (53)

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

Spezialisierte Dienste und Einrichtungen können in einem Flächenbundesland nicht überall „um die Ecke“ angeboten werden (weil manche Problemsituationen zu selten sind, weil es betriebswirtschaftlich nicht machbar ist, weil zu wenig Fachleute vorhanden sind, etc.). Bei Berücksichtigung aller Überlegungen und Analysen ergibt sich folgender Vorschlag für ein Stufenmodell (Abb.3):

Abb. 3: Stufenmodell der drei psychiatrischen Versorgungsebenen



Die bereits diskutierten sieben Psychiatrieregionen stellen in gewisser Weise das „Rückgrat“ der psychiatrischen Versorgung dar, bieten sie doch in einer relativ akzeptablen Entfernung vom Wohnort der Betroffenen stationäre und teilstationäre Versorgung sowie einen Krisendienst für akut Erkrankte an, und zwar ohne Altersgrenze nach oben, d.h. also auch für so genannte gerontopsychiatrische Patienten.

Ausgehend von der regionalen Ebene lässt sich „darüber“ eine „überregionale Ebene“ definieren, die mehrere Psychiatrieregionen umfasst und für die spezialisierte, vorwiegend stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen, von PatientInnen mit Alkohol- und Drogenerkrankungen, und für PatientInnen, die einer stationären oder teilstationären Psychotherapie bedürfen, vorgesehen ist. Aus den oben genannten Gründen ist es notwendig, diese Dienste und Einrichtungen an wenigen Orten zu konzentrieren. Die entsprechenden Einrichtungen werden "Kompetenzzentren" genannt und im Teil C besprochen. Die ursprüngliche Idee, die überregionale Zuständigkeit für eine bestimmte Anzahl von Psychiatrieregionen präzise zu definieren, musste wieder aufgegeben werden, da dies durch verschiedene während der Projektarbeit neu entstandene Vorgaben nicht mehr möglich war.

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

Schematisch zusammengefasst - und von „unten“ nach „oben“ geordnet - ergeben sich somit drei Versorgungsebenen:

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

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

A.3.2 Rechtliche und planerische Vorgaben (59)

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

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

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

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

Im Sozialhilfebereich herrscht das gegenteilige Prinzip, nämlich das einer bunten Vielfalt vor, da jedes Bundesland hier durch seine eigene Landesgesetzgebung eigene Regelungen treffen darf. Diese Regelungen sind äußerst unterschiedlich; Teile davon wurden in verdienstvoller Weise in einer vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen in Auftrag

gegebenen Studie kürzlich miteinander verglichen⁷. Zwar wurde auch im Sozialbereich schon im Jahr 1994 eine Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen getroffen, allerdings wurden diesbezügliche Umsetzungsmaßnahmen von den Ländern in recht unterschiedlicher Weise und Intensität gesetzt, so dass bis jetzt länderübergreifende Standards nicht in der Weise erreicht wurden, wie es im Bereich der Krankenanstalten der Fall war. Das Land Niederösterreich setzte mit einer Revision des NÖ Sozialhilfegesetzes 2000 und der NÖ Pflegeheim-Verordnung 2002 Entwicklungsschritte gemäß dieser Vereinbarung.

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

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

Im Gesundheitsbereich sind dies insbesondere Vorgaben aus folgenden Regelungen:

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

Im Sozialbereich sind es insbesondere Vorgaben aus folgenden Regelungen:

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

Im Versorgungsalltag sind unter anderem noch folgende Gesetze von Relevanz, die hier aber

⁷ Walter J. Pfeil: Vergleich der Sozialhilfesysteme der österreichischen Bundesländer. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien 2001. Den Kernbereich dieser Vergleichsstudie stellen die Hilfen zur Existenzsicherung bzw. zur Sicherung des Lebensbedarfs dar.

lediglich erwähnt und nicht beschrieben werden:

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

Ebenso sind die jeweils geltenden Berufsgesetze mit zu berücksichtigen, auf die in der vorliegenden Evaluation bei der Erörterung der zutreffenden Dienste im Kapitel „Ambulante und mobile Dienste“ (B.2) entsprechend Bezug genommen wird:

- Ärztegesetz
- NÖ Spitalsärztegesetz 1992
- Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)
- Psychotherapiegesetz
- Psychologengesetz
- Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz)
- NÖ Alten-, Familien- und Heimhelfergesetz
- Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über Sozialbetreuungsberufe (Entwurf Februar 2003)
- Entwurf (Stand September 2000) für ein Bundesgesetz, mit dem grundlegende Angelegenheiten der Sozialarbeit geregelt werden (SozialarbeiterInnengesetz)

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

Für die psychotherapeutische Versorgung gibt es zwar eine ASVG-Bestimmung für eine bundesweite Vertragsregelung mit den Sozialversicherungsträgern, die allerdings – abgesehen von länderspezifischen Teilabschlüssen mit Vereinen⁸ – noch nicht erreicht werden konnte.

⁸ Seit 1. Juli 2003 gibt es in Niederösterreich auch eine so genannte Vereinslösung.

Im NÖGUS-Gesetz (1997) werden Aufbauorganisation und Aufgabenstruktur des Niederösterreichische Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) geregelt. Darauf wird im Kapitel D.1 näher eingegangen.

Letztlich waren noch bestehende Planungen für andere Versorgungsgebiete zu berücksichtigen, die in die hier evaluierte psychiatrische Versorgung hineinwirken.

Teil B

Die regionale psychiatrische Grundversorgung für Erwachsene einschließlich alter Menschen

B.1 Das Regionale Zentrum für Seelische Gesundheit

- Vollstationäre Behandlung
- Teilstationäre Behandlung
- Regionaler Krisendienst

B.2 Ambulante und mobile Dienste auf Bezirksebene

- Niedergelassene PsychiaterInnen
- Konsiliarpsychiatrische Versorgung
- Psychosoziale Dienste
- Niedergelassene PsychotherapeutInnen und PsychologInnen
- Niedergelassene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und
ÄrztInnen mit Psy-Diplom
- Soziale Dienste

B.3 „Komplementäre“ Dienste und Einrichtungen

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

Selbsthilfeorganisationen

- Betroffenen Selbsthilfe
- Angehörigen Selbsthilfe

Übersicht zu Teil B (77)

Die Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung verfolgt die Absicht, jeder Person in Niederösterreich in einer zumutbaren geographischen Entfernung alle benötigten

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

zur Verfügung zu stellen.

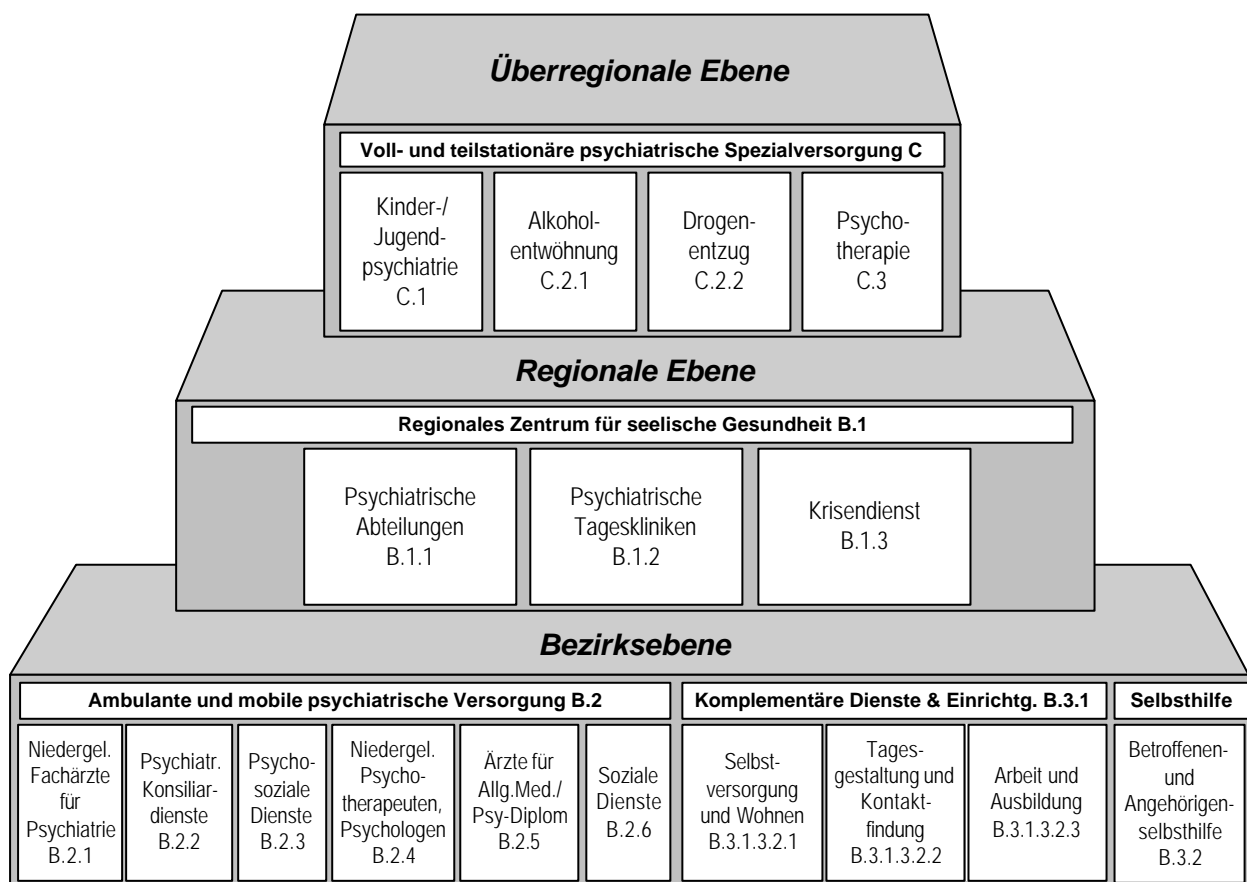
Die damit definierte regionale Versorgungsverpflichtung bedeutet, dass eine psychisch erkrankte Person, wenn sie dies wünscht bzw. wenn dies laut Unterbringungsgesetz UbG notwendig ist, in ihrer Region behandelt werden muss (sie also nicht in andere Regionen „abgeschoben“ werden darf). Die Psychiatrieregionen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

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

In Abbildung 1 sind sämtliche hier vorgeschlagenen Komponenten der psychiatrischen Versorgung entsprechend dem im Teil A besprochenen Stufenplan der Versorgung dargestellt. Auf diese Abbildung kann immer wieder zurückgegriffen werden, wenn einzelne dieser Komponenten besprochen werden, damit deren Positionierung im Gesamtsystem deutlich wird. Der Vollständigkeit halber sind hier auch Selbsthilfeaktivitäten enthalten.

In den Teilen B (Regionale Grundversorgung) und C (überregionale Spezialversorgung) werden die hier vorgeschlagenen psychiatrischen Versorgungsstrukturen dargestellt, wobei die sukzessive Beschreibung von konkreten Diensten und Einrichtungen im Vordergrund steht. Die notwendige Vernetzung, die ja für den hier favorisierten personenzentrierten Ansatz essenziell ist (s. A.2, Leitlinie 1), muss immer mitgedacht werden. Sie wird hier nur gelegentlich thematisiert und in Kapitel D.1 ausführlich besprochen.

Abb. 1: Psychiatrische Dienste und Einrichtungen der Grundversorgung auf der Bezirks- und regionalen Ebene, sowie spezialisierte Dienste und Einrichtungen auf der überregionalen Ebene (die Ziffernbuchstaben-Kombinationen verweisen auf Kapitel der Langfassung)



Teil B befasst sich mit der psychiatrischen Grundversorgung in jeder der sieben Psychiatrieregionen und hat drei große Kapitel:

- B.1 Das Regionale Zentrum für Seelische Gesundheit (RZSG) mit einer psychiatrischen Bettenabteilung (vorzugsweise an einem Allgemeinkrankenhaus, inkl. Unterbringungen nach dem UbG), mit (auch in der Region dislozierten) Tageskliniken und einem Krisendienst,
- B.2 Ambulant, mobil und telefonisch tätige psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Dienste in jedem Bezirk,
- B.3 „Komplementäre“ Dienste und Einrichtungen in jedem Bezirk zur Unterstützung in den Bereichen „Selbstversorgung und Wohnen“, „Tagesstruktur und Kontaktfindung“, „Arbeit und Ausbildung“, sowie Selbsthilfeaktivitäten.

„Das Regionale Zentrum für Seelische Gesundheit (RZSG)“ (B.1) umfasst im Sinne der psychiatrischen Grundversorgung für die Bevölkerung jeder der sieben Psychiatrieregionen die stationäre und tagesklinische psychiatrische Behandlung sowie den Krisendienst. Die stationäre psychiatrische Grundversorgung der niederösterreichischen Bevölkerung soll in Zukunft in sieben Regionen (mit jeweils rund 150.000 bis 300.000 EinwohnerInnen), in jeweils einer eigenen regionalen psychiatrischen Abteilung erfolgen. Damit wird das Prinzip der lebensfeldzentrierten Versorgung auch für die aufwändigste Form der Versorgung, die der stationären Behandlung, realisiert (B.1.1).

Die in dieser Regionalisierung zum Ausdruck kommende Zielrichtung der „Lebensfeldzentrierung“ erfordert einerseits, und ermöglicht andererseits zusätzlich zu den stationären auch intermediäre Versorgungsformen. Deshalb betrifft das Kapitel B.1 nicht nur psychiatrische Bettenabteilungen sondern auch – als prototypische intermediäre Einrichtung – Tageskliniken (B.1.2) und schließlich auch einen „Krisendienst“, der für Notfälle und Krisen außerhalb der normalen „Öffnungszeiten“ von sonst zuständigen Diensten und Einrichtungen tätig wird (B.1.3). Beide können als von einer stationären Einrichtung in das Lebensfeld hinauswirkende Versorgungskomponenten betrachtet werden, die zum einen zur Verhinderung unnötiger stationärer Aufenthalte beitragen (Tagesklinik, Krisendienst) und zum anderen stationäre psychiatrische Aufenthalte verkürzen bzw. die Rückkehr in den Alltag erleichtern können (Tagesklinik).

Unter dem Dachbegriff „Regionales Zentrum für Seelische Gesundheit“ sind deshalb diese drei Komponenten zusammengefasst. Dies ist nicht nur aus Funktionalitätsgründen richtig – sie sollen auch alle unter einer einheitlichen ärztlichen Leitung stehen –, sondern, im Falle von stationärer und tagesklinischer Behandlung, auch aus Planungs- und Finanzierungsgründen: Die „Bettenmessziffer“ im österreichischen Krankenanstaltenplan beinhaltet Betten

und Tagesklinikplätze (die als gemeinsame Größe eine bestimmte Grenze nicht unter- bzw. überschreiten dürfen). Außerdem ist mit 1. Jänner 2002 die psychiatrische tagesklinische Behandlung Bestandteil des LKF-Systems geworden. Der Krisendienst ist finanzierungstechnisch getrennt zu sehen. Anzustreben ist, wie in der vorliegenden Evaluation des NÖP95 überall deutlich wird, eine gemeinsame regionale Finanzierung für sämtliche psychiatrische Leistungen (für stationäre, teilstationäre, ambulante, telefonische und mobile Leistungen, sowie unabhängig davon, ob es sich um medizinische oder Sozialleistungen handelt).

In B.2 „**Ambulante und mobile Dienste auf Bezirksebene**“ werden Versorgungsleistungen beschrieben, die auf ambulanter, telefonischer oder mobiler Basis erbracht werden (mit Ausnahme des *regional* organisierten Krisendienstes im Rahmen des RZSG) und in jedem Bezirk vorhanden sein sollen. Nach den niedergelassenen PsychiaterInnen (B.2.1) wird die Konsiliarversorgung behandelt (B.2.2), dann der Psychosoziale Dienst (B.2.3); es folgen Kapitel über PsychotherapeutInnen und PsychologInnen (B.2.4), ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und ÄrztInnen mit Psy-Diplom (B.2.5) und über soziale Dienste (B.2.6) folgen. In verschiedenen Diensten und Einrichtungen, aber auch im niedergelassenen Bereich sind verschiedene weitere Berufsgruppen tätig, auf die in diesem Kernteil des Berichtes nicht näher eingegangen wird – sie werden im Anhang beschrieben.

Es ist wichtig, bereits hier festzuhalten, dass Tätigkeiten von bestimmten professionellen Gruppen in mehreren Rollen möglich sein sollen – nicht nur aus Gründen der optimalen Nutzung von Personal in dünner besiedelten ländlichen Versorgungsgebieten, sondern auch aus psychohygienischen Gründen für die professionellen HelferInnen, und schließlich auch deshalb, damit auch andere Dienste und Einrichtungen, als die für die eigene Berufsgruppe spezifischen kennen gelernt werden können. So sollte es z.B. möglich sein, dass niedergelassene PsychiaterInnen auch im PSD, im Krisendienst, oder als Konsiliar-psychiaterInnen in Krankenanstalten und Wohneinrichtungen für psychisch Kranke mitarbeiten; Krankenhauspflegepersonal könnte auch im Krisendienst und im PSD tätig sein, etc.

In B.3 „**Dienste und Einrichtungen in den Versorgungsbereichen ‚Selbstversorgung und Wohnen‘, ‚Tagesgestaltung und Kontaktfindung‘, ‚Arbeit und Ausbildung‘ sowie Selbsthilfeorganisationen**“ werden einerseits grundlegende Versorgungsaspekte, die die genannten Lebensbereiche betreffen (B.3.1) und andererseits die Bereiche der Betroffenen- und der Angehörigenselbsthilfe behandelt (B.3.2). Wenngleich für das Kapitel B.3.1 – in Anlehnung an die Begrifflichkeit des NÖP95 – die traditionelle Bezeichnung „Komplementäre“ Dienste und Einrichtungen in den Bereichen ‘Selbstversorgung und Wohnen’, ‘Tagesgestaltung und Kontaktfindung’ sowie ‘Arbeit und Ausbildung’“

übernommen wurde, soll anhand der Einteilung in die drei funktionalen Versorgungsbereiche ein Paradigmenwechsel hin zum personenzentrierten Ansatz (A.2 - Leitlinie 1) deutlich gemacht werden.

Es wird nun nicht mehr empfohlen, in jeder Region eine Palette an Diensten und Einrichtungen für die Versorgung verschiedener Zielgruppen vorzuhalten. Vielmehr sollen die Unterstützungsleistungen im Einzelfall dem individuellen Bedarf laufend angepasst werden und so weit wie möglich im privaten Lebensfeld erbracht werden. Dem empfohlenen Konzept der personenzentrierten Hilfen liegt somit ein funktionales Modell zugrunde, in dem die im Einzelfall notwendigen Unterstützungsleistungen aus den Bereichen „Selbstversorgung und Wohnen“, „Tagesstrukturierung und Kontaktfindung“ sowie „Arbeit und Ausbildung“ zu individuell maßgeschneiderten Komplexleistungsprogrammen gebündelt werden. Diese Dienste und Einrichtungen sollen auf Bezirksebene angeboten werden. In B. 3.2 werden schließlich Empfehlungen für Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten und die Zusammenarbeit mit Betroffenen und deren Angehörigen diskutiert.

B.1 Das Regionale Zentrum für Seelische Gesundheit (87)

Das Regionale Zentrum für Seelische Gesundheit ist in gewisser Weise das Rückgrat der psychiatrischen Versorgung für jede der 7 Psychiatrieregionen. Es ist als Zusammenfassung aus mehreren Versorgungskomponenten konzipiert, die unter *einer* ärztlichen Leitung stehen sollten, um die Koordination zwischen den verschiedenen Komponenten sicher zu stellen.

Das RZSG besteht aus drei Versorgungskomponenten:

- Krankenhausbetten an psychiatrischen Abteilungen vorzugsweise an Allgemeinkrankenhäusern (einschließlich Unterbringungsfunktionen),
- Tagesklinikplätzen (geografisch auch disloziert, aber funktionell integriert) und
- einem Krisendienst, der telefonische, ambulante und mobile Tätigkeiten beinhaltet und außerhalb der normalen „Öffnungszeiten“ von sonst zuständigen Diensten und Einrichtungen, also nachts sowie an Wochenenden und Feiertagen tätig wird⁹.

Das „Regionale Zentrum für Seelische Gesundheit“ hat eine Versorgungsfunktion und -verpflichtung für Erwachsene einschließlich alter Personen (also ohne Altersgrenze nach oben), die eine akute psychische Erkrankung weder selbstständig noch mit den in den

⁹ An Werktagen sollte der PSD diese Funktion übernehmen (B.2.3), wobei auch zu diesen Zeiten das RZSG auf jeden Fall zur Leistung von „Erster Hilfe“ im Krankenhaus verpflichtet ist.

Bezirken vorhandenen ambulanten, mobilen und komplementären Komponenten des Versorgungssystems bewältigen können und die eine Behandlung durch das RZSG in Anspruch nehmen wollen, bzw. bei denen – und dies ist selten – eine Unterbringung nach dem Unterbringungsgesetz (UbG) angezeigt ist.

Im Hinblick auf die personelle Organisation ist hervorzuheben, dass die Kontinuität und Durchlässigkeit zwischen den drei Komponenten des RSZG gewährleistet sein muss. Das Personal sollte sowohl stationär als auch tagesklinisch und im Krisendienst tätig werden. Die personelle Durchlässigkeit zwischen den Komponenten des RSZG würde auch einem möglichen Mangel an Fachleuten in dünn besiedelten Gebieten entgegen wirken. Außerdem ist es psychohygienisch wichtig, dass professionelle Helfer im psychiatrischen Bereich gleichzeitig in verschiedenen Arbeitssituationen tätig sind. Aus PatientInnenperspektive sollte darauf geachtet werden, dass Fragmentierungen im therapeutischen Prozess wo immer möglichst vermieden werden, d.h. dass die voll- und teilstationären Komponenten des RZSG nicht als in sich geschlossene Bereiche angesehen werden, deren Wechsel auch einen Abbruch der therapeutischen Beziehungen bedeuten würde.

Es sollte daher jede psychiatrische Station bzw. jedes Department innerhalb des RZSG über vollstationäre und integrierte tagesklinische Behandlungsmöglichkeiten verfügen. Die skizzierte Flexibilisierung der personellen Organisation kann – außer im Falle der dislozierten Tageskliniken, wo dieser Kontinuität Grenzen gesetzt sind – dazu beitragen, dass die strategischen therapeutischen Bezugspersonen vom Anfang bis zum Ende der Klinikbehandlung konstant bleiben. Auch könnten stationäre und tagesklinische Patienten gemeinsam an spezifischen therapeutischen Gruppen teilnehmen, was etwa bei Entlassung vom vollstationären in das tagesklinische Setting eine zusätzliche Sicherung der Kontinuität bedeuten könnte. Aufnahmen sollten von Beginn an auf allen Stationen (Bettenstationen und Tagesklinik) bzw. mit beiden Behandlungssettings (vollstationär und integriert tagesklinisch) möglich sein, wobei eine vollstationäre Behandlung nur dann durchgeführt werden soll, wenn die tagesklinische Behandlung nicht indiziert ist. Das bedeutet, dass in einem tagesklinischen Setting nicht nur die rehabilitative, einem vollstationären Aufenthalt nachfolgende Behandlung, sondern auch die psychiatrische Akutbehandlung erfolgen kann. Zu den Dimensionen, nach denen über die Möglichkeit einer tagesklinischen Akutbehandlung entschieden werden sollte, zählen die aktuelle Stabilität/Instabilität der PatientInnen, die aktuelle Krankheitseinsicht und Compliance, die aktuellen persönlichen und sozialen Ressourcen im Lebensfeld, die Tragfähigkeit des familiären und sonstigen sozialen Umfeldes und die Verkehrsverbindungen bzw. Möglichkeiten der persönlichen Mobilität zwischen Wohnort und Behandlungsort.

Für die Berechnung der Betten- und Tagesklinikplatzziffern waren neben den geografischen Zuständigkeiten und der entsprechenden Einwohnerzahl jeder Region die Vorgaben des

österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes (ÖKAP/GGP) und das aktuell gültige System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) als Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Der ÖKAP/GGP 2001¹⁰ sieht für die stationäre und tagesklinische Versorgung psychisch Kranker eine Messziffer von 0,3 bis 0,5 Plätzen je 1000 Einwohner vor. Es wird dabei ausdrücklich festgestellt, dass Tagesklinikplätze im Rahmen der festgelegten Planbettenobergrenzen bzw. ausschließlich durch Umwidmung vollstationärer Kapazitäten einzurichten sind. Damit steht im Zusammenhang, dass psychiatrische Tagesklinikplätze seit dem LKF-Modell 2002 im LKF-System abrechenbar geworden sind. Nicht eingeschlossen im ÖKAP/GGP-Schlüssel sind derzeit Betten/Tagesklinikplätze für Kinder- und Jugendpsychiatrie, für Alkoholentwöhnung sowie für Psychotherapie. Inbegriffen sind hingegen Drogen- und Alkoholentzugsbetten.

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

B.1.1 Vollstationäre Behandlung im Rahmen des Regionalen Zentrums für Seelische Gesundheit (92)

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

Für die Psychiatrieregionen Weinviertel, Bucklige Welt und Waldviertel existieren diese Abteilungen bereits (in Hollabrunn, Neunkirchen und Waidhofen an der Thaya). Für

¹⁰ Genauso übernommen im kürzlich herausgegebenen ÖKAP/GGP 2003.

NÖ Mitte Nord soll in absehbarer Zeit am Donauklinikum Tulln eine psychiatrische Abteilung eröffnet werden. Für die Thermenregion ist dafür das „Thermenklinikum“ vorgesehen, wobei noch nicht geklärt ist, ob diese psychiatrische Abteilung an einem der beiden derzeitigen Standorte Mödling bzw. Baden oder an einem neuen Standort entstehen soll. Ebenfalls vorgesehen ist eine stationäre psychiatrische Abteilung am Krankenhaus St. Pölten. Für das Mostviertel wird vom Projektteam der Standort am Allgemeinen Krankenhaus Amstetten bevorzugt, jedoch scheint die Entwicklung in Richtung des Verbleibens dieser Abteilung am Ostarrichiklinikum Amstetten zu gehen.

Seit dem ÖKAP/GGP 2001 gilt die „Bettenmessziffer“ für „psychiatrische Betten einschließlich Tagesklinikplätze“, die mit 0,3 bis 0,5 je 1.000 EinwohnerInnen festgelegt wurde. Die Anzahl psychiatrischer Betten pro Region muss also immer im Zusammenhang mit der Anzahl von Tagesklinikplätzen gesehen werden. In dem hier vorliegenden Bericht wurden deswegen nur Gesamtmessziffern für Betten einschließlich Tagesklinikplätzen genannt, wobei jeweils Unter- und Obergrenzen angegeben sind. In welchem Ausmaß im vorgegebenen Rahmen psychiatrische Betten, in welchem Ausmaß Tagesklinikplätze errichtet werden, soll den lokalen Gegebenheiten und Rahmenbedingungen überlassen bleiben. Bei der Umlegung des Schlüssels von 0,3 bis 0,5 Betten/Tagesklinikplätzen je 1.000 EinwohnerInnen ergibt sich für Niederösterreich insgesamt eine Zahl von 434 bis 743¹¹. In diesen Messziffern sind gerontopsychiatrische Betten/ Tagesklinikplätze inkludiert. Nicht inkludiert in der ÖKAP/GGP-Messziffer sind Betten/Tagesklinikplätze für Kinder-/Jugendpsychiatrie, für Alkohol- und Drogenentwöhnung sowie für Psychotherapie.

Laut Beschluss des Ständigen Ausschusses vom 27.02.2003 sind für NÖ 320-340 akutpsychiatrische Betten plus 30 Drogenentzugsbetten, sowie 255-275 Tagesklinikplätze, und insgesamt 595 akutpsychiatrische Betten einschließlich Tagesklinikplätze vorgesehen, wobei auch schon regionale Festlegungen erfolgt sind.

In Tabelle 1 sind die – nach Abzug von 30 Drogenentzugsbetten – verbleibenden 434-743 Betten/ Tagesklinikplätze auf die 7 Psychiatrieregionen aufgeteilt. Wegen der schon beschriebenen Beziehung zwischen Betten und Tagesklinikplätzen sind in der Tabelle nicht nur Betten sondern auch Tagesklinikplätze und die Gesamtsummen enthalten.

Es wird hier eine klare Präferenz für die Standorte der stationären Komponente des RZSG am Allgemeinkrankenhaus ausgesprochen. In der Sitzung des Ständigen Ausschusses vom 27.02.2003 wurde allerdings beschlossen, die akutpsychiatrische Versorgung für das Mostviertel am Ostarrichiklinikum Amstetten zu belassen, was von den Autoren der hier vorliegenden Evaluation des NÖP95 nur als zweitbeste Lösung gesehen wird (s.A.2 - Leitlinie 6).

¹¹ Ohne 30 Drogenentzugsbetten – mit Drogenentzugsbetten beträgt die Untergrenze 473 und die Obergrenze 773.

In Abbildung 2 sind die vorgeschlagenen Betten- und Tagesklinikstandorte (Bezirke) graphisch dargestellt.

Abb.2: Psychiatrische Bettenabteilungen und Tageskliniken für Erwachsene einschließlich alter Menschen für 7 Regionale Zentren für Seelische Gesundheit

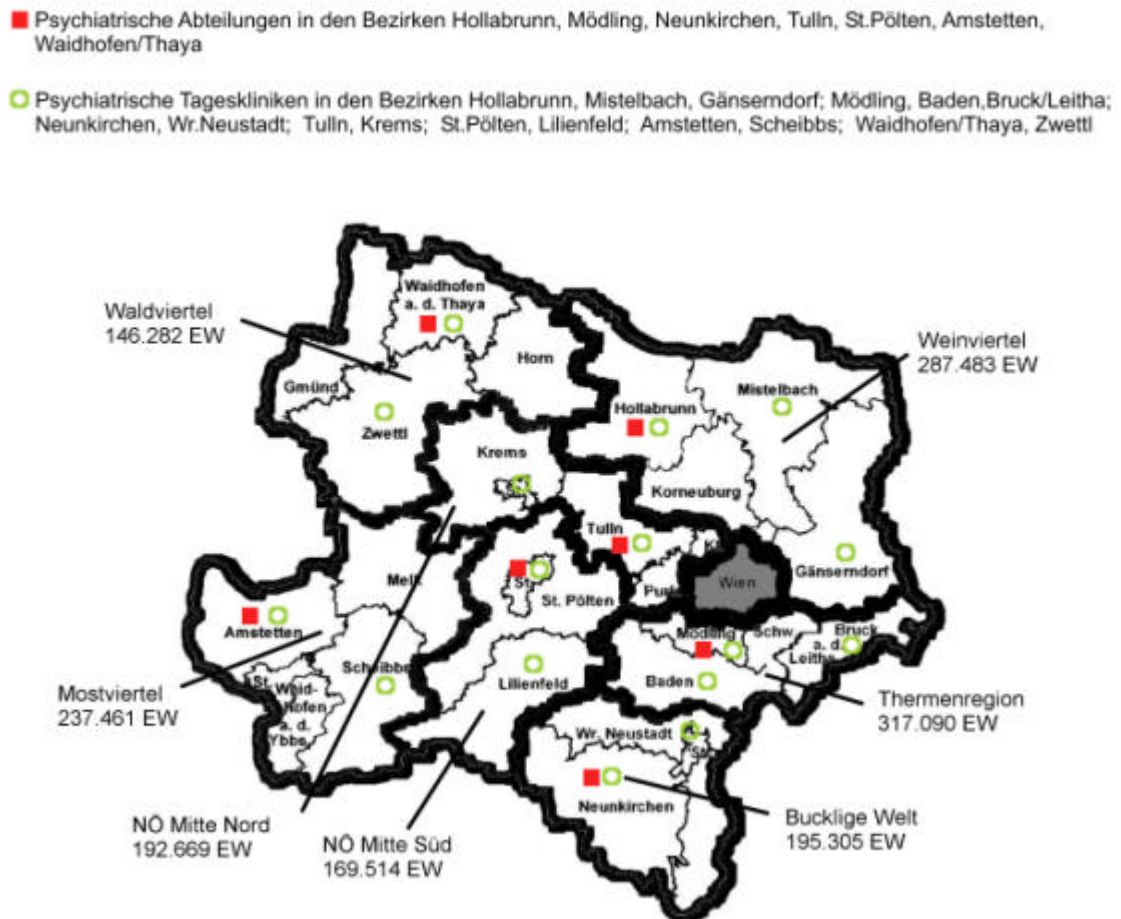


Tabelle 1 enthält für jede der sieben Psychiatrieregionen

- die Einwohnerzahl für die Bezirke und Regionen
- die untere und obere Grenze der Betten-/Tagesklinikplätzahlen lt. ÖKAP/GGP
- den Rahmen der hier vorgeschlagenen Bettenzahlen (nach Abzug der Tagesklinikplätzahlen)
- die vorgeschlagenen Tagesklinikplätzahlen
- die politischen Bezirke, für die Tageskliniken vorgeschlagen werden
- die Summe der Betten und Tagesklinikplätze

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

Versorgungsplanerische Vorgaben					Konkrete Empfehlungen			
5 Gesundheitsregionen	7 Psychiatrieregionen	(a) EW pro Bezirk	EW pro Region	(b) ÖKAP/GGP 0,3-0,5	(c) Betten ¹²	(d) ¹³ TKL-Plätze	(e) mögliche TKL-Standorte ¹⁴	(f) Summe ¹⁵
Weinviertel	Weinviertel							
	Hollabrunn	50.070						
	Korneuburg	67.981	287.483	86-144	21-78 (50)	60 (45)	Hollabrunn Mistelbach Gänserndorf	81-138 (95)
	Mistelbach	72.726	(18,60%)					
Gänserndorf	88.475							
WU Gerasdorf	8.231							
Industrieviertel	Thermenregion							
	Mödling	106.374	317.090	95-159	29-92 (60)	60 (50-60)	Mödling Baden Bruck/Leitha	89-152 (110-120)
	Bruck/Leitha	40.006	(20,51%)					
	WU Schwechat	43.818						
Baden	126.892							
Bucklige Welt								
Neunkirchen	85.769	195.305	59-98	15-54 (30-50)	40 (30-40)	Neunkirchen Wr. Neustadt	55-94 (70-80)	
Wr. Neustadt Stadt	37.627	(12,63%)						
Wr. Neustadt Land	71.909							
NÖ Mitte	NÖ Mitte Nord							
	Tulln	64.600		58-96	34-73 (60)	20 (30)	Tulln Krems (St.A. 27.02.03)	54-93 (90)
	WU Purkersdorf	25.152	192.669					
	WU Klosterneuburg	24.797	(12,46%)					
Krems Stadt	23.713							
Krems Land	54.407							
NÖ Mitte Süd								
St. Pölten Stadt	49.121	169.514	51-85	28-62 (30)	20 (30)	St. Pölten Lilienfeld (St.A. 27.02.03)	48-82 (60)	
St. Pölten Land	93.309	(10,97%)						
Lilienfeld	27.084							
Mostviertel	Mostviertel							
	Amstetten	109.183	237.461	71-119	26-74 (60)	40 (40)	Amstetten Scheibbs	66-114 (100)
	Melk	75.287	(15,36%)					
	Scheibbs	41.329						
Waidhofen/Ybbs	11.662							
Waldviertel	Waldviertel							
	Waidhofen/Thaya	28.197	146.282	44-73	5-34 (30)	36 (30)	Waidhofen/Th. Zwettl	41-70 (60)
	Horn	32.400	(9,46%)					
	Zwettl	45.635						
Gmünd	40.050							
Summe		1.545.804 (100%)		464-773	158- 467 (320-340)	276 (255-275)		434-743 (595)

¹² Die hier genannten Bettenzahlen sind regionsbezogen und nicht standortbezogen. Betten für Spezialversorgung sind hier nicht inkludiert. [So sind z.B. für die Region NÖ Mitte Nord zusätzlich zu den hier genannten psychiatrischen Bettenzahlen (34-73) noch Betten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und für Psychotherapie vorgesehen (siehe Teil C dieses Berichtes)]. In Klammer sind die Bettenzahlen angegeben, die sich in Beschlüssen des Ständigen Ausschusses (St.A.) des NÖGUS im Jahr 2003 finden.

¹³ In Klammer stehen die Tagesklinikplätze laut Beschluss des Ständigen Ausschusses des NÖGUS vom 27.02.2003.

¹⁴ Die Tagesklinikgröße wird mit ±20 Plätzen angenommen (s. Text). Es können in der jeweiligen Region auch mehr Tagesklinikplätze geschaffen werden, jedoch kann der kombinierte Betten-/Tagesklinikplatzschlüssel die in der Spalte (f) angegebenen Grenzwerte nicht überschreiten.

¹⁵ Die Summen von 434-743 Betten/Tagesklinikplätzen (und die entsprechenden regionalen Summen in Spalte f) ergeben sich dadurch, dass im ÖKAP/GGP-Schlüssel auch Betten für akuten Drogenentzug enthalten sind. Die 30 für diesen Zweck am Standort Mauer vorgesehenen Betten mussten deshalb von der Gesamtzahl (Spalte b) von 464-773 abgezogen werden, bevor psychiatrische Betten/Tagesklinikplätze auf die 7 Psychiatrieregionen aufgeteilt wurden.

B.1.2 Tagesklinische Behandlung im Rahmen des Regionalen Zentrums für Seelische Gesundheit¹⁶ (109)

Die tagesklinische Behandlung stellt eine intermediäre Behandlungsform zwischen einer rein ambulanten und einer rein stationären Versorgung dar. Im ÖKAP/GGP 2001¹⁷ und im LKF-Modell 2002 sind Tagesklinikplätze in die Bettenmessziffer miteinbezogen, die insgesamt – also die Summe zwischen Betten- und Tagesklinikplätzen – nicht unter 0,3 und nicht über 0,5 Betten/Tagesklinikplätze je 1.000 EinwohnerInnen liegen darf. Betten/Tagesklinikplätze für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alkohol- und Drogenentwöhnung sowie Psychotherapie sind in diesem Schlüssel nicht enthalten.

Geleitet durch die schon mehrfach angesprochene LKF-Verrechnungsmöglichkeit von psychiatrischen Tageskliniken und durch die international zunehmende Bedeutung von derartigen „intermediären“ Einrichtungen im Gesundheitswesen, wurde in der vorliegenden Evaluierung den Tageskliniken ein deutlich wichtigerer Stellenwert zugemessen als noch im NÖP95. Tagesklinikplätze können nicht nur zur Nachbetreuung nach stationären Aufenthalten sondern auch an Stelle von stationären Aufnahmen verwendet werden, z.T. auch im Sinne einer Krisenintervention.

Dieser hohe Stellenwert kommt darin zum Ausdruck, dass hier auch psychiatrische Tageskliniken vorgeschlagen werden, die zwar organisatorisch – also auch in der ärztlichen Leitung – zur psychiatrischen Krankenhausabteilung im Regionalen Zentrum für Seelische Gesundheit gehören, aber geografisch disloziert und damit für die PatientInnen leichter zugänglich sind. Diesbezüglich sind noch genaue Regelungen auszuarbeiten. Die Größe der Tagesklinik wurde – vorwiegend aus betrieblich/fachlichen Gründen – mit ± 20 Plätzen je Standort konzipiert; Abweichungen sind jedoch möglich. Tageskliniken können nach § 43a des NÖKAG *in* oder *in Verbindung mit* niederösterreichischen Fondskrankenanstalten errichtet werden, und sie sind dem stationären Bereich zugeordnet.

Hier wird vorgeschlagen, an jedem zentralen Ort (Hollabrunn, Mödling/Baden, Neunkirchen, Tulln, St. Pölten, Amstetten, Waidhofen a.d. Thaya) der 7 Psychiatrieregionen, an dem auch eine stationäre psychiatrische Bettenabteilung vorhanden ist, eine Tagesklinik und zusätzlich weitere 7 dislozierte Tageskliniken zu errichten (Mistelbach, Gänserndorf, Bruck/Leitha, Baden, Wr. Neustadt, Scheibbs, Zwettl). Laut Beschluss des Ständigen Ausschusses des NÖGUS vom 27.2.2003 sollen auch in zwei weiteren Orten (Krems und Lilienfeld) psychiatrische Tageskliniken errichtet werden. Ebenfalls durch einen Beschluss des Ständigen Ausschusses, die akutpsychiatrische Versorgung für das Mostviertel am Ostarrichiklinikum Amstetten zu belassen (s. B.1.1), wird voraussichtlich auch der Standort einer der beiden

¹⁶ Wir danken Herrn Prof. Dr. Johannes Wancata (Univ.-Klinik für Psychiatrie Wien) für Informationen, Texte und Anregungen zu diesem Kapitel.

¹⁷ Genauso übernommen im kürzlich herausgegebenen ÖKAP/GGP 2003.

Tageskliniken für diese Region am Ostarrichiklinikum Amstetten und nicht am Allgemeinen Krankenhaus Amstetten sein, was von den Autoren des hier vorliegenden Berichtes nur als zweitbeste Lösung gesehen wird.

Nach den sieben Psychiatrieregionen geordnet kommen als Standorte für Tageskliniken in Frage (s.Tab.1):

Region Weinviertel:	Hollabrunn, Mistelbach, Gänserndorf ¹⁸
Region Thermenregion:	Mödling, Baden, Bruck/Leitha
Region Bucklige Welt:	Neunkirchen, Wr. Neustadt
Region NÖ Mitte Nord:	Tulln, Krems ¹⁹
Region NÖ Mitte Süd:	St. Pölten, Lilienfeld ²⁰
Region Mostviertel:	Amstetten, Scheibbs
Region Waldviertel:	Waidhofen/Thaya, Zwettl

B.1.3 Krisendienst im Rahmen des Regionalen Zentrums für Seelische Gesundheit (146)

Der Krisendienst hat sich an den Leitlinien der Niederschwelligkeit, der Regionalisierung und der bestmöglichen Erreichbarkeit zu orientieren und soll so organisiert sein, dass vorhandene Ressourcen bestmöglich genutzt werden. Gerade für ein gut funktionierendes Krisen- und Notfallsystem sind alle verfügbaren relevanten Ressourcen innerhalb einer Region zu nützen und für eine nahtlose Abwicklung der Interventionen im Not- und Krisenfall aufeinander abzustimmen. Der hier diskutierte regionale Krisendienst tritt nachts an Wochentagen, an Samstagen sowie Sonn- und Feiertagen in Aktion.

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

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

¹⁸ am MZG = Medizinisches Zentrum Gänserndorf

¹⁹ Für Krems und Lilienfeld waren in der ursprünglichen Planung keine psychiatrischen Tageskliniken vorgesehen, der Beschluss des Ständigen Ausschusses des NÖGUS vom 27.02.2003 sieht diese zusätzlichen Standorte jedoch vor.

²⁰ Siehe vorige Fußnote

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

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

Um ein effizientes regionales psychiatrisches Krisensystem zu entwickeln, bedarf es der Kooperation und Abstimmung der beiden vorgeschlagenen Anbieter des Krisendienstes (PSD, RZSG) untereinander sowie mit allen anderen Anbietern von medizinischen und psychiatrischen Not- und Kriseninterventionen in der Region. Als geeignetes Organisationsmodell für den Krisendienst bietet sich ein integriertes Modell an, bei dem ausgewähltes Personal aus dem RZSG, den dislozierten psychiatrischen Tageskliniken und dem PSD – unterstützt durch Fachkräfte aus dem niedergelassenen Bereich – zu einem Personalpool zusammengeführt werden könnten. Die Finanzierungsmodalitäten sind noch zu klären.

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

Die ärztliche Leitung des regionalen Krisendienstes sollte in der Hand des ärztlichen Leiters der Bettenstation und der Tageskliniken des RZSG liegen.

Konkret sollte für jede der sieben Psychiatrieregionen ein derartiger Krisendienst am RZSG eingerichtet werden. Das Problem für einen Krisendienst in einem Flächenbundesland wie Niederösterreich besteht in den organisatorischen Maßnahmen, die eine rasche Verfügbarkeit der Hilfe garantieren. Zu diesem Zweck sind – anders als in den Großstädten, in denen die sozialpsychiatrischen Modelle ursprünglich entwickelt wurden – spezifische Vorkehrungen zu treffen, vor allem ist auch mit bereits existierenden nicht-psychiatrischen Not- und Krisendiensten eine enge Kooperation zu suchen. Dies sind der NÖ Notarzttdienst, der NÖ Ärztedienst und die Sprengelärzte. Mit diesen Anbietern sind umfassende Kooperationsbeziehungen herzustellen. In Anbetracht der Komplexität der Gesamtmaterie wird die Planung und Umsetzung dieser kooperativen Strukturen im Rahmen eines Modellprojektes empfohlen.

Die Kooperationsstrukturen mit dem zukünftig durch die PSDs im jeweiligen Bezirk tagsüber an Werktagen vorzuhaltenden Krisendienst bedürfen der Entwicklung elaborierter Konzepte,

nicht zuletzt deshalb, weil zeitliche Überschneidungen klare Zuständigkeitsdefinitionen notwendig machen (Zeitpunkt und Dauer einer Krise werden sich nicht immer mit den hier vorgeschlagenen Betriebszeiten in Einklang bringen lassen).

Die Integration der den RZSGs zugeordneten Krisendienste in die stationären bzw. teilstationären Funktionsbereiche – hinsichtlich der gemeinsamen Nutzung personeller, infrastruktureller und finanzieller Ressourcen – bedarf einer detaillierten Ist-Analyse der Gegebenheiten, deren Ergebnis zufolge entsprechende Modelle entwickelt werden könnten.

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

Es wird vorgeschlagen, sämtliche Notfall- und Krisendienste über eine einzige Telefonnummer zugänglich zu machen, bei der dann durch entsprechend fachkundiges Personal eine Triage durchgeführt werden kann.

B.2 Ambulante und mobile Dienste auf Bezirksebene (160)

Ein differenziertes und leistungsfähiges ambulantes und mobiles Versorgungssystem ist das Um und Auf einer modernen psychiatrischen Versorgung, die danach strebt, die Hilfen nach Möglichkeit im oder nahe am Lebensfeld der Betroffenen anzubieten und dem Prinzip des personenzentrierten Ansatzes (s. A.2 – Leitlinie 1) gerecht zu werden. Das diesbezügliche Kapitel B.2 ist deshalb sehr umfangreich geworden.

Leitlinie 7 des Niederösterreichischen Psychiatrieplanes 1995 („Subsidiaritätsprinzip – Zusammenspiel zwischen privatem Sektor und öffentlicher Absicherung von privat nicht abgedeckten Behandlungs- und Betreuungsbedürfnissen sowie der Vorrang von verfügbaren Hilfen aus dem allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystem vor spezifischen psychiatrischen Hilfen“ – s. A.2) bedeutet für die ambulante und mobile psychiatrische Versorgung, dass solche Dienstleistungen dann durch öffentlich finanzierte ambulante und mobile Dienste erbracht werden sollen, wenn sie von niedergelassenen ÄrztInnen und anderen niedergelassenen Berufsgruppen nicht geleistet werden.

Für die psychiatrische Versorgung heißt dies, dass – neben der rund um die Uhr erforderlichen Krisenversorgung – für psychisch schwer kranken PatientInnen, die wegen reduzierter Krankheitseinsicht oder verringerter Motivation eine besonders niedrige Schwelle für das ambulante Aufsuchen von fachlicher Hilfe benötigen bzw. prinzipiell dort aufgesucht werden

müssen, wo sie wohnen, die ambulante und mobile Betreuung von der öffentlichen Hand geplant und zur Verfügung gestellt werden soll. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um PatientInnen mit komplexen psychiatrisch-psychosozialen Problemen. Das Kriterium der Ablehnung psychiatrischer Hilfe bzw. fehlender oder geringer Motivation, solche Hilfen in Anspruch zu nehmen, bedeutet, dass oft darum „geworben“ werden muss, dass die Betroffenen Hilfe in Anspruch nehmen. Auch Unterbringungen nach dem Unterbringungsgesetz sollten von derartigen Diensten, je nach Gegebenheit in Kooperation mit den anderen ambulanten und mobilen Diensten (niedergelassenen PsychiaterInnen), im Sinne einer „procedural justice“ mediiert werden.

In einer am 29. Jänner 2002 geschlossenen Grundsatzvereinbarung zwischen der Niederösterreichischen Ärztekammer und allen anderen in der ambulanten psychiatrischen Versorgung tätigen Dienste wurde prinzipiell festgestellt, dass die Versorgungszuständigkeit der PSD-Träger²¹ in NÖ insbesondere zur ärztlichen Betreuung und Behandlung von schwerkranken und multimorbiden psychiatrisch Erkrankten rechtlich möglich ist und einvernehmlich anerkannt wird. Für den PSD wurde die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich (FachärztInnen und PsychotherapeutInnen) ausdrücklich erklärt. Außerdem bestand Einvernehmen, dass die Zahl der Kassen-Planstellen für FachärztInnen für Psychiatrie in NÖ für eine angemessene Versorgung unzureichend ist und erhöht werden sollte.

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

Diese Dienste sind nahe an der Bevölkerung („im Bezirk“) angesiedelt und umfassen:

- Niedergelassene PsychiaterInnen
- Konsiliarpsychiatrische Versorgung
- Psychosoziale Dienste
- Niedergelassene PsychotherapeutInnen und PsychologInnen
- Niedergelassene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und ÄrztInnen mit Psy-Diplom
- Soziale Dienste
- andere Berufsgruppen²²

²¹ Caritas St. Pölten und Psychosoziale Zentren GmbH

²² In verschiedenen Diensten und Einrichtungen, aber auch im niedergelassenen Bereich sind verschiedene weitere Berufsgruppen tätig, auf die im Kernteil des Berichtes nicht näher eingegangen wird. Sie werden im Anhang beschrieben.

B.2.1 Niedergelassene PsychiaterInnen (163)

Aufgrund der historischen Entwicklung in Österreich und Deutschland ist die ambulante Versorgung von kranken Menschen schwerpunktmäßig auf den so genannten „niedergelassenen Bereich“ konzentriert. De facto heißt dies, dass einerseits ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, andererseits FachärztInnen der verschiedensten Gebiete in Solopraxen tätig sind. Versorgungswirksam für die Psychiatrie sind FachärztInnen dann, wenn sie dem alten Typ des „Facharztes für Psychiatrie und Neurologie“ oder „Neurologie und Psychiatrie“ entsprechen oder dem neuen Typ des „Facharztes für Psychiatrie“²³, und insofern sie Verträge mit den Krankenkassen haben (VertragsärztInnen) oder als „WahlärztInnen“ tätig sind. Offizielle und spezifisch versorgungswirksam sind auch ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und FachärztInnen für nicht psychiatrische Gebiete, sofern sie über ein Psy-Diplom verfügen (s. B.2.5).

Im Jänner 2003 waren laut Ärzteverzeichnis der NÖ Ärztekammer in ganz Niederösterreich 14 FachärztInnen für Psychiatrie (und Neurologie) sowie 15 FachärztInnen für Neurologie und Psychiatrie²⁴ mit §2-Kassenvertrag in eigener Praxis tätig. Vergleicht man die Ist-Situation mit 14 FachärztInnen für Psychiatrie (und Neurologie) mit der Soll-Situation auf Basis des empfohlenen Sollwerts von einem Facharzt/einer Fachärztin für Psychiatrie je 30.000 Einwohner, so zeigt es sich, dass dieser Sollwert um das rund 3,7-Fache höher liegt als der Ist-Wert, was einem rund 27%igen Realisierungsgrad entspricht. Zählt man die 15 FachärztInnen für Neurologie und Psychiatrie dazu, dann ergibt sich ein doppelt so hoher Realisierungsgrad, der jedoch insgesamt wieder in etwa halbiert werden muss, da der überwiegende Teil der 29 FachärztInnen ja nicht nur für Psychiatrie, sondern auch für Neurologie tätig ist.

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

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

²³ nicht aber dem neuen Typ des „Facharztes für Neurologie“

²⁴ FachärztInnen für Psychiatrie sowie FachärztInnen für Psychiatrie und Neurologie werden im Folgenden unter der Bezeichnung „FachärztInnen für Psychiatrie (und Neurologie)“ subsumiert. Bei den „FachärztInnen für Neurologie und Psychiatrie“ sind die reinen FachärztInnen für Neurologie nicht enthalten.

Hinsichtlich der Angebotsorganisation wird im „Leitbild Psychiater“ der Fachgruppe für Psychiatrie der NÖ Ärztekammer die Organisationsform von Gruppenpraxen bevorzugt und die Erreichbarkeit der behandelnden ÄrztInnen für die Zeit zwischen 8:00 und 19:00 Uhr von Montag bis Freitag vorgeschlagen. Der Psychiater/die Psychiaterin soll – diesem Leitbild zufolge – Motor und aktives Mitglied beim Aufbau eines psychosozialen Netzwerkes sein, welches in engster Kooperation mit den bestehenden Netzwerken rund um die bereits vorhandenen Institutionen in Niederösterreich tätig ist. Für ein Einzugsgebiet von 15.000 Personen wird in diesem Leitbild ein Psychiater vorgeschlagen.

B.2.2 Konsiliarpsychiatrische Versorgung (179)

Nahezu die Hälfte aller Krankenhausespisoden in Österreich, die im LKF-System mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose abgerechnet werden, fallen nicht in psychiatrischen Krankenanstalten oder psychiatrischen Fachabteilungen an, sondern in nicht-psychiatrischen Krankenanstalten bzw. Abteilungen. Wie dazu im Österreichischen Psychiatriebericht²⁵ gezeigt werden konnte, finden von den über 100.000 Krankenhausespisoden (2001: 109.043) von Personen, die mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (ICD-10: Kapitel F) entlassen werden, nicht viel weniger als die Hälfte (2001: 45,0%; 48.710 Entlassungen) in nicht-psychiatrischen Abteilungen von Krankenanstalten statt. Von der Diagnose her handelt es sich bei den an nicht-psychiatrischen Fachabteilungen behandelten Personen mit psychischen Krankheiten in erster Linie um Depressionen und Angststörungen, um Demenzerkrankungen und um Erkrankungen im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch.

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

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

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

²⁵ Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hg.): Österreichischer Psychiatriebericht 2003

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

Im Rahmen einer eigenen Fragebogenerhebung²⁶ wurde die konsiliarpsychiatrische Versorgung in 21 NÖ Allgemeinkrankenanstalten erhoben. Die 3 Sonderkrankenanstalten sowie die 3 Allgemeinkrankenanstalten mit einer psychiatrischen Abteilung waren aufgrund ihrer psychiatrischen bzw. neurologisch-psychiatrischen Regelbehandlung von der Befragung ausgenommen. Diese Untersuchung ergab, dass in 16 der 21 Krankenanstalten extern organisierte psychiatrische Konsiliardienste angeboten wurden, in 3 Krankenanstalten die psychiatrische Konsiliarversorgung über die im Haus befindliche neurologische Abteilung geleistet wurde, und in 2 Krankenanstalten keine psychiatrische Konsiliarversorgung existierte.

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

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

B.2.3 Psychosoziale Dienste (190)

Seit dem Jahre 1972 bestehen in Niederösterreich auf der gesetzlichen Grundlage des damaligen NÖ Behindertengesetzes bzw. des heutigen NÖ Sozialhilfegesetzes so genannte „Psychosoziale Dienste“. Seit 1999 ist in jedem politischen Bezirk²⁷ ein Psychosozialer Dienst (PSD) etabliert. Das Dienstleistungsangebot umfasst laut Vereinbarung des Landes Niederösterreich mit den beiden Trägervereinen Caritas St. Pölten und Psychosoziale Zentren GmbH schwerpunktmäßig die ambulante und mobile psychosoziale Betreuung von psychisch schwerkranken und multimorbiden erwachsenen Menschen.

²⁶ In Zusammenarbeit mit dem Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds - Bereich Gesundheit

²⁷ Die PSDs in den Statutarstädten St. Pölten, Krems und Wiener Neustadt versorgen auch die Bewohner der umgrenzten Bezirke St. Pölten Land, Krems und Wiener Neustadt. Der Bezirk Wien-Umgebung hat an den Standorten Klosterneuburg und Schwechat jeweils einen PSD.

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

Diese ambulante und mobile psychiatrische Spezialversorgung beinhaltet die psychiatrische Behandlung – inklusive Notfallintervention tagsüber an Wochentagen – sowie die Hilfeerbringung in den Bereichen „Selbstversorgung und Wohnen“, „Tagesgestaltung und Kontaktfindung“ bzw. „Arbeit und Ausbildung“ (s. B.3.1).

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

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

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

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

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

Zusätzlich zu diesem Intensivangebot für die oben definierte Zielgruppe sollte der PSD auch für Personen tätig werden, die im niedergelassenen Bereich in Behandlung stehen, aber – in Vereinbarung mit den niedergelassenen ÄrztInnen bzw. TherapeutInnen – ergänzende Hilfen in den Bereichen „Selbstversorgung und Wohnen“, „Tagesgestaltung und Kontaktfindung“ bzw. „Arbeit und Ausbildung“ benötigen.

Im jeweiligen Standortbezirk soll der PSD – in enger Kooperation mit dem RZSG – auch die flächendeckende telefonische, ambulante und mobile psychiatrische Not- und Krisenversorgung („Krisendienst“) tagsüber an Werktagen erbringen.

Die Personalressourcen sollten sich für die genannten Leistungen (also einschließlich gerontopsychiatrischer Patienten) mit einem Schlüssel von 260 Wochenstunden pro 50.000 Einwohner auf ein multidisziplinäres Team aus PsychiaterInnen, PsychologInnen, diplomierten SozialarbeiterInnen und sonstigem therapeutischen Personal aufbauen. Bei einer Erweiterung um zusätzliche Versorgungskomponenten im Suchtbereich bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich müsste eine entsprechende Personalerweiterung vorgenommen werden.

Ein derzeit noch ungelöstes Problem stellt die zusätzlich benötigte ambulante und mobile Versorgung spezieller Personengruppen dar. Die Versorgung gerontopsychiatrischer PatientInnen, deren stationäre und teilstationäre psychiatrische Behandlung in die Zuständigkeit der Regionalen Zentren für seelische Gesundheit integriert ist, sollte auf jeden Fall auch im zukünftigen Aufgabenbereich des PSD enthalten sein. Für die ambulante Betreuung von kinder- und jugendpsychiatrischen PatientInnen und von PatientInnen mit Abhängigkeitserkrankungen, für die die teilstationäre und stationäre Behandlung nicht regional sondern überregional erfolgt (s. C.1 und C.2), sollten spezifische Aufgabenerweiterungen der PSDs – in enger Kooperation mit den bestehenden Diensten und Einrichtungen aus diesen Versorgungsbereichen – angestrebt werden.

B.2.4 Niedergelassene PsychotherapeutInnen und PsychologInnen (225)

Im Internet-Portal für Psychotherapie und psychosoziale Dienstleistungen wurden im Jänner 2003 in Niederösterreich 550 PsychotherapeutInnen an 564 Adressen angeführt. Am Stichtag 31.12.2000 waren einer Statistik des ÖBIG zufolge 50,1% aller PsychotherapeutInnen mit Berufsadresse in Niederösterreich ausschließlich freiberuflich tätig, 10,8% ausschließlich im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses, der Rest gehörte beiden Kategorien zu. Seit Juli 2003 ist es möglich, in Niederösterreich Psychotherapie auf Krankenschein zu erhalten (über eine so genannte Vereinslösung). PsychologInnen wurden im Internet-Portal für Psychologie für Jänner 2003 347 an 354 niederösterreichischen Adressen angegeben. Beide Berufsgruppen stellen ein wichtiges Potenzial auch für die psychiatrische Versorgung dar. Die Kooperation mit psychiatrischen Dienste und Einrichtungen wäre auf der regionalen Ebene auszubauen.

B.2.5 Niedergelassene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und ÄrztInnen mit Psy-Diplom (234)

Niedergelassene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin stellen eine wichtige niederschwellige Anlaufstelle für Personen mit psychischen Störungen dar, besonders für Personen mit Depression, Angststörungen und Alkoholproblemen. In Niederösterreich kommen auf rund 2.000 Personen ein Arzt/eine Ärztin für Allgemeinmedizin, mit denen intensive Kooperation gesucht werden sollte. Dies sollte auf der Bezirks- und der Regionalebene geschehen. In Niederösterreich gab es Ende 2000 293 ÄrztInnen mit PSY- I Diplom, 223 mit PSY-II Diplom und 108 mit PSY-III-Diplom.

B.2.6 Soziale Dienste (238)

Sozialmedizinische und soziale Betreuungsdienste sind zahlreich vorhanden. Auch mit Ihnen müsste intensiv kooperiert werden.

B.3 „Komplementäre“ Dienste und Selbsthilfeorganisationen (248)

B.3.1 Dienste und Einrichtungen in den Versorgungsbereichen „Selbstversorgung und Wohnen“, „Tagesgestaltung und Kontaktfindung“, „Arbeit und Ausbildung“ (249)

In diesem Kapitel geht es um Hilfen in den traditionell als „Wohnen, „Arbeit/Tagesgestaltung“ und „Freizeit“ bezeichneten Bereichen (siehe NÖP95). Diese Hilfen sind in erster Linie, aber nicht nur, für Personen mit komplexen psychiatrischen Beeinträchtigungen vorgesehen. Damit sind erwachsene²⁸, inklusive alte Personen gemeint,

²⁸ Ab dem vollendeten 18. Lebensjahr

die ihre psychisch bedingten Behinderungen und sozialen Handicaps weder selbstständig noch mit dem ihnen verfügbaren Angebot an ambulanten fachärztlichen und/oder psychotherapeutischen Hilfen bzw. anderen nicht psychiatrischen, privat und professionell organisierten sozialen Hilfen in ihrem Lebensfeld bewältigen können.

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

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

Im Gegensatz zur oben genannten und im NÖP95 verwendeten traditionellen Einteilung dieser Hilfen in die getrennten Bereiche „Wohnen“, „Arbeit und Tagesgestaltung“ und „Freizeit“ (die zum Teil unterschiedlichen Finanzierungsmechanismen unterliegen) wurde hier ein funktional ausgerichtetes Modell gewählt, das eine Verzahnung dieser Bereiche impliziert. Gleichzeitig werden hier die folgenden neuen Definitionen der Bereiche gewählt, in denen die intendierte Verzahnung besser zum Ausdruck kommt:

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

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

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

Folgende Vorteile können dadurch erwartet werden:

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

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

Nimmt man die im NÖP 95 Orientierungszahl für betreutes Wohnen (0,3-0,4 Plätze/1000 EW) als Orientierungsziffer für „betreutes Wohnen“, so kann derzeit ein Bedarf von 464-618 Plätzen für ganz Niederösterreich abgeleitet werden. Durch die Anwendung der vom ÖBIG²⁹ ausgewiesenen Richtwerte (0,5-0,7 Plätze/1000 EW) erhöht sich diese Bedarfsschätzung auf 773-1082 Plätze. Im Bereich der Arbeit beträgt der geschätzte Bedarf laut ÖBIG 464-773 Plätze (0,3-0,5 Plätze/1000 EW) und im Bereich der Tagesstruktur 464-618 Plätze (0,3-0,4 Plätze/1000 EW).

Im Bereich des Wohnens wurde mit dem in Niederösterreich im Zeitraum von Februar bis April 2002 erfassten Ist-Stand von 710 Plätzen einerseits die Maximalforderung im NÖP95 um rund 15% überschritten und andererseits auch rund 92% der ÖBIG-Minimalforderung an betreuten Wohnplätzen erfüllt.

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

Im Bereich der Arbeit wurden – im Zeitraum von Dezember 2001 bis Jänner 2002 – 90³⁰ Arbeitstrainingsplätze und 232³¹ Arbeitsassistenztplätze gemeldet. Über die Anzahl der Personen, die aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigung in einem geschützten Arbeitsverhältnis beruflich tätig sind, wurden für die vorliegende Evaluation keine Daten erhoben. Insbesondere im Bereich der Arbeit und Ausbildung zeigt sich eine große Heterogenität in den Versorgungsstrukturen, den Bezeichnungen und den Finanzierungsmodalitäten, was die Aussagekraft von Bedarfswerten als Bewertungsgrundlage des Angebotes relativiert.

²⁹ Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Struktureller Bedarf in der psychiatrischen Versorgung, 1998.

³⁰ Nicht alle dieser Arbeitstrainingsplätze werden ausschließlich für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen vorgehalten.

³¹ Exklusive Arbeitsassistenztplätze für Personen mit intellektueller Behinderung

Führt man für NÖ dennoch einen Vergleich des Ist-Zustands von 90 Arbeitstrainingsplätzen mit den Minimalanforderungs-Zahlen des ÖBIG durch, wären in NÖ nur knapp 20% des minimalen Bedarfes an betreuten Arbeitsplätzen erfüllt. Bei Hinzuzählen der 232 Arbeitsassistentenplätze, bei denen es sich allerdings um ambulant erbrachte Leistungen für Arbeitnehmer mit psychischen Beeinträchtigungen handelt, würde sich dieser hypothetische Deckungsgrad auf rund 69% erhöhen. In diesen Ist-Zahlen sind Qualifikations- und Beschäftigungsprojekte im Rahmen des NÖ Territorialen Beschäftigungspakts (TEP) sowie geschützte Arbeitsplätze nicht inbegriffen. Beide Maßnahmen können auch von Personen mit psychischen Behinderungen in Anspruch genommen werden, stellen aber keine spezialisierten Angebote für diese Zielgruppe dar³².

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

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

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

Selbstversorgung und Wohnen (267)

Versorgungsgrundlagen

Die Zielgruppe für die hier beschriebenen Leistungen sind Erwachsene einschließlich alter Personen³³, die aufgrund ihrer längerfristigen, psychisch bedingten Behinderungen an ihrem Wohn- und Lebensort nicht immer ohne fremde Unterstützung bei ihrer Alltagsbewältigung im Bereich der Selbstversorgung und des Wohnens zurecht kommen, und bei denen diese Unterstützung von den verfügbaren privaten bzw. professionellen Hilfen nicht durchgängig

³² Bei den TEP-Projekten ist der Anteil von Personen mit psychischen Behinderungen noch recht gering. Bei den geschützten Arbeitsplätzen liegen keine genaueren Schätzungen vor.

³³ Damit sind Personen gemeint, die an einer psychischen Krankheit und den daraus resultierenden Beeinträchtigungen und Handicaps über einen längeren Zeitraum hindurch leiden, unabhängig davon, ob, wo und wie sie professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen.

geleistet werden kann. In der Regel sind dabei diese individuell notwendigen Unterstützungsmaßnahmen Teil eines Komplexleistungsprogramms, das auch Unterstützungen in den nachfolgend behandelten Bereichen der Tagesgestaltung und Kontaktfindung bzw. der Arbeit und Ausbildung beinhaltet, und die deshalb von einem einzigen Dienst bzw. einer einzigen Einrichtung nicht effektiv geleistet werden können.

Der Unterstützungsbedarf im Einzelfall kann stark fluktuieren und ist niemals kontinuierlich gleichbleibend. Die überwiegenden Zeiten mit stabilerem psychischem Zustand können durch krisenhaftere Zeiten mit instabilerem psychischen Zustand unterbrochen werden. Eine Besonderheit sind jene Personen, die neben einer komplexen psychosozialen Unterstützung auch eine intensive körperliche Unterstützung benötigen. Bei diesen, zumeist älteren Personen, erhöht sich durch diese Komorbidität der Unterstützungsbedarf beträchtlich.

Die Art und das Ausmaß der Unterstützung für diese Zielgruppe hängen primär vom Ausprägungsgrad der individuellen Fähigkeiten zur Selbstversorgung im Alltag ab. Je mehr Beeinträchtigungen dabei vorliegen, desto höher ist der jeweilige Unterstützungsbedarf.

Die Leistungen im Bereich Selbstversorgung und Wohnen umfassen alle Unterstützungsfunktionen zur Bewältigung der Wohnsituation für die oben definierte Zielgruppe mit komplexem psychiatrischen Hilfebedarf in deren gewohntem Lebensfeld.

Die individuellen Unterstützungsleistungen im Bereich Selbstversorgung und Wohnen sind grundsätzlich von der Wohnform zu entkoppeln. Die Betreuungsdichte richtet sich nicht vorrangig nach der Wohnform, sondern nach dem individuellen Hilfebedarf.

Die Grundlage für eine personenzentrierte Leistungserbringung stellt die individuelle Hilfeplanung dar. Dabei werden auch die erforderlichen Leistungen in den Bereichen „Tagesgestaltung und

Kontaktfindung“ bzw. „Arbeit und Ausbildung“ berücksichtigt und mit den psychiatrisch-therapeutischen Behandlungsleistungen zu einem Komplexleistungsprogramm gebündelt.

Die Lebensfeldorientierung der Hilfen ist vorrangig, und ein mit der Inanspruchnahme der Hilfen einhergehender Wechsel in institutionelle Wohnformen sollte möglichst vermieden werden.

Die individuellen Wohnverhältnisse sollten so barrierefrei bzw. betreubar geplant und ausgewählt bzw. adaptiert werden, dass eine dem individuellen schwankenden Hilfebedarf angemessene, mobile Unterstützungsleistung in wirksamer Weise ermöglicht wird.

Versorgungsformen

Die Möglichkeiten von Einzelwohnen, Familienwohnen, Familienpflege bis hin zu Kleingruppenwohnen sollten je nach individuellem Bedarf ausgeschöpft werden, wobei immer die privaten bzw. autonomen Wohnalternativen bevorzugt anzustreben sind. Die organisatorische Zusammenfassung zu Wohnverbänden könnte dabei als personalressourcenschonendes Modell genutzt werden.

Neue Standorte für private Wohnformen sollten infrastrukturell so ausgewählt werden, dass sie einerseits für mobile Unterstützungsdienste leicht erreichbar sind und andererseits ein schnelles Erreichen von wichtigen lokalen Versorgungsangeboten gewährleisten.

Das Großgruppenwohnen in Heimen sollte lediglich für die Personengruppe mit zusätzlich hohem körperlichem Pflege- und Beaufsichtigungsbedarf in Erwägung gezogen werden und in allen anderen Fällen keine dauerhafte Wohnalternative darstellen.

In den bestehenden psychiatrischen Heimen sollte durch die Erschließung von weiterführenden, autonomen Wohnformen mit Anschlussbetreuung durch das Heimpersonal bzw. anderen mobilen Diensten (z.B. PSD) eine personenzentrierte und bedarfsgerechtere Organisation erreicht werden, wodurch personelle Vollbetreuungskapazitäten entsprechend abgebaut bzw. umgewandelt werden könnten.

Für schwer zu betreuende Personen mit einem länger anhaltenden, hohen Hilfe- und Beaufsichtigungsbedarf werden intensiv betreute Wohngemeinschaften und Wohnheime mit rehabilitativen Programmen mit maximal 16 Plätzen empfohlen.

Dem hohen Anteil an Personen mit psychiatrischen Diagnosen – insbesondere mit psychoorganischen Störungen – in den niederösterreichischen Pensionisten- und Pflegeheimen sollte mittels geeigneter Personalentwicklungsmaßnahmen zur Gewährleistung einer psychiatrischen Behandlungspflege einerseits und einer Rehabilitationsbehandlung andererseits begegnet werden.

Versorgungsumsetzung

Die jeweilige Festlegung des Bedarfs sollte durch ein kontinuierliches, regional gesteuertes Monitoring auf der Basis von einheitlich dokumentierten individuellen Hilfeplänen durch die Anbieter psychiatrischer Versorgungsleistungen in einer interdisziplinären Weise erfolgen.

Aktuell bestehende lokale Unter- bzw. Überversorgungen innerhalb des bestehenden Gesamtangebots an institutionellen Wohnformen sollten durch entsprechende Ressourcenverlagerungen – unter Anwendung der Prioritätensetzung ambulant/mobil vor stationär – schrittweise ausgeglichen werden.

Das Angebot an ambulanten und mobilen Unterstützungsleistungen zur Selbstversorgung sollte aufbauend auf den bestehenden Diensten quantitativ erweitert und qualitativ verbessert werden, wofür auch die derzeit in institutionellen Wohneinrichtungen gebundenen Personalressourcen teilweise umgewandelt und genutzt werden könnten.

Die Einbindung in die regionale psychosoziale Versorgung sollte für alle institutionellen Wohnformen mit psychiatrischer Klientel, insbesondere auch für die Pensionisten- und Pflegeheime angestrebt werden. Die damit erreichbare synergetische Nutzung von Versorgungsstrukturen könnte umso mehr reintegrative Möglichkeiten für die Heimbewohner eröffnen und andererseits für eine größere Treffsicherheit bei Heimunterbringungen sorgen.

Tagesgestaltung und Kontaktfindung (329)

Versorgungsgrundlagen

Die Zielgruppe für Unterstützungsleistungen im Bereich der Tagesgestaltung und der Kontaktfindung sind erwachsene Personen mit psychischen Beeinträchtigungen, die nicht in der Lage sind, eine Arbeit oder arbeitsähnliche Tätigkeit auszuüben und die durch ihre Tätigkeiten zur Selbstversorgung und andere eigene Aktivitäten alleine über keine ausreichende Tagesstruktur verfügen.

Die Leistungen im Bereich Tagesgestaltung und Kontaktfindung umfassen alle Unterstützungsfunktionen zur Gestaltung der nicht durch Arbeit und andere Anforderungen gebundenen Zeit, zur Wahrnehmung persönlicher Interessen und Hobbys, zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und zur Aufnahme und Gestaltung persönlicher sozialer Beziehungen.

Die Erbringung von Unterstützungsleistungen im Bereich Tagesgestaltung und Kontaktfindung muss den oftmals diskontinuierlichen Krankheitsverläufen Rechnung tragen und sich in Art und Ausmaß an den individuellen Bedarfsschwankungen und Unterstützungsbedürfnissen orientieren, ohne einen Wechsel zu einem anderen Dienst bzw. in eine andere Einrichtung nach sich zu ziehen.

Die individuell notwendigen Unterstützungsmaßnahmen sind integrierter Teil eines Komplexleistungsprogramms, das auf der individuellen Hilfeplanung basiert und auch Unterstützungen in den Bereichen Selbstversorgung und Wohnen bzw. Arbeit und Ausbildung beinhaltet. Zwischen den einzelnen Bereichen bestehen Überschneidungen und Wechselwirkungen.

Im Sinne der Personenzentrierung müssen sich die angebotenen Unterstützungsleistungen am individuellen Bedarf ausrichten - es darf nicht die Angebotsstruktur die Selektion der KlientInnen, die eine Unterstützung im Bereich Tagesgestaltung und Kontaktfindung erhalten, determinieren.

Die Unterstützungsleistungen im Bereich Tagesgestaltung und Kontaktfindung dürfen nicht als Substitut für mangelnde lebensfeldnahe Unterstützungsangebote in den Bereichen Selbstversorgung und Wohnen bzw. Arbeit und Ausbildung eingesetzt werden.

Versorgungsformen

Grundsätzlich ist – unter Berücksichtigung der jeweiligen infrastrukturellen Möglichkeiten – der Förderung der individuellen Teilhabe an tagesgestaltenden und kontaktfindenden Aktivitäten im normalen sozialen Umfeld so weit wie möglich der Vorrang vor institutionell organisierten Hilfen zu geben.

Multifunktionale Tages- und Integrationszentren sollen für jene Personen geschaffen werden, die mit den mobilen, tagesgestaltenden und kontaktfindenden Angeboten keine bedarfsdeckende Unterstützung erfahren. Diese Tages- und Integrationszentren sollen sich auf verschiedene dezentrale Standorte verteilen und den Betroffenen – unter größtmöglicher Einbindung der lokalen allgemeinen Dienste und Einrichtungen – Kontakt- und Begegnungsmöglichkeiten, soziotherapeutische Leistungen sowie Zuverdienst Arbeitsplätze anbieten.

Diese multifunktionalen Tages- und Integrationszentren sollen schrittweise die Funktionen der bestehenden, nach dem traditionellen Modell der Rehabilitationskette konzipierten tagesstrukturierenden Einrichtungen, d.h. der Tagesheimstätten und Clubs, integrieren und durch entsprechende Umstrukturierungen deren isoliertes Bestehen letztlich entbehrlich machen.

Die Erreichbarkeit und Niederschwelligkeit sind wesentliche Qualitätskriterien für die empfohlenen Tages- und Integrationszentren. Prinzipiell sollte daher in jedem Bezirk/Sektor ein derartiges Zentrum, gegebenenfalls mit Zweigstellen, eingerichtet werden. Die Öffnungszeiten sollten *kundenfreundlich* sein. Niederschwelligkeit bedeutet einerseits die Absage an grundsätzliche alters-, diagnosen- und finanzierungsabhängige Ausschlusskriterien

für den Besuch eines Tages- und Integrationszentrums und andererseits die Möglichkeit der zeitlich flexiblen Inanspruchnahme.

Modelle, bei denen die Unterstützungsleistungen zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung ausschließlich in der Wohneinrichtung angeboten werden, sollten ausschließlich Personen mit stark eingeschränkter Mobilität vorbehalten sein. Hier sollten entsprechende Maßnahmen auch von außen in die Einrichtung gebracht werden.

Alters- und geschlechtsspezifische Aspekte sind in den Unterstützungsstrukturen und -prozessen der tagesgestaltenden und kontaktfindenden Dienste und Einrichtungen zu berücksichtigen.

Versorgungsumsetzung

Die jeweilige Festlegung des Bedarfs sollte durch ein kontinuierliches, regional gesteuertes Monitoring auf der Basis von einheitlich dokumentierten individuellen Hilfeplänen durch die Anbieter psychiatrischer Versorgungsleistungen erfolgen.

Arbeit und Ausbildung (355)

Versorgungsgrundlagen

Die Zielgruppe für Unterstützungsleistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung bilden Personen mit psychischen Behinderungen, die eine Arbeit oder Ausbildung anstreben bzw. den Erhalt eines Arbeits- oder Ausbildungsplatzes sichern wollen und die nicht von sich aus in der Lage sind bzw. mit dem allgemein verfügbaren Angebot an beratenden und vermittelnden Hilfen nicht auskommen, eine Arbeits- oder Ausbildungsstelle zu finden bzw. zu halten.

Die Leistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung erstrecken sich auf die Unterstützung bei der Suche und Aufnahme einer Arbeit oder Ausbildung sowie bei der Erfüllung der Anforderungen am Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz.

Die spezielle Anforderung an Arbeits- und Ausbildungsverhältnisse für Personen mit psychischen Behinderungen ist die der Möglichkeit der Berücksichtigung diskontinuierlicher und/oder vermindertes Leistungsvermögen in Form einer Flexibilisierung der Arbeitszeiten und -anforderungen sowie der Unterstützungsleistungen.

Die Unterstützungsleistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung sollen auf eine dauerhafte Sicherung der Teilhabe von Menschen mit psychischen Behinderungen am Arbeitsleben abzielen.

Für die im Rahmen der unterstützten Arbeitsverhältnisse geleistete Arbeit sollte ein dem individuellen Leistungsbeitrag angemessenes Einkommen gewährt werden.

Die gegenwärtig dominierende Angebotsorientierung, nach der für die vorhandenen Dienste und Einrichtungen die jeweils passenden Klienten gesucht werden, soll durch personenzentrierte Modelle, die vom individuellen Bedarf an Unterstützungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausgehen, abgelöst werden.

Neben konzeptuellen Innovationen bedarf es im Bereich Arbeit und Ausbildung der Entwicklung und Umsetzung von flexiblen und leistungsmotivierenden Finanzierungsmodellen, die zum Teil allerdings auch gesetzliche Adaptionen notwendig machen würden.

Versorgungsformen

Um Menschen mit psychischen Behinderungen die Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen, müssen in jeder Region ambulante und mobile Dienste sowie eine Palette von rehabilitativen, integrativen und geschützten Arbeits- und Ausbildungsplätzen mit inhaltlichen und strukturellen Differenzierungen geschaffen werden.

Für Personen mit deutlich herabgesetztem und/oder stark schwankendem Leistungsvermögen wird die Möglichkeit der Zuverdienstarbeit im Rahmen der multifunktionalen Tages- und Integrationszentren empfohlen. Speziell für diese Form der Beschäftigung bedarf es allerdings der Entwicklung innovativer Finanzierungs- und Versicherungsmodelle, die den Betreibern und den Nutzern dieser Einrichtungen die entsprechenden Sicherheiten und Anreize bieten.

Im Sinne der Prävention und der Normalisierung soll die mobile Erbringung von Unterstützungsleistungen im betrieblichen Kontext („First Place, Then Train“) Vorrang vor Leistungen in beruflichen Rehabilitationseinrichtungen („First Train, Then Place“) haben.

Die Unterstützungsleistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung lassen sich in die Funktionsbereiche „Assessment“, „Koordination und Abstimmung“, „Vorbereitung“, „Qualifizierung“ sowie „Unterstützung und Integration“ gliedern.

Der Zugang zu Unterstützungsleistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung sollte im Sinne der Prävention möglichst frühzeitig im Krankheitsverlauf erfolgen, um desintegrativen Entwicklungen vorzubeugen.

Die Unterstützungsleistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung müssen wohnortnahe erbracht werden. Die Teilhabe am Arbeitsleben darf nicht von einem erzwungenen Ortswechsel abhängig gemacht werden.

Versorgungsumsetzung

Die jeweilige Festlegung des Bedarfs sollte durch ein kontinuierliches, regional gesteuertes Monitoring auf der Basis von einheitlich dokumentierten individuellen Hilfeplänen durch die Anbieter psychiatrischer Versorgungsleistungen erfolgen.

B.3.2 Selbsthilfeorganisationen (382)

Betroffenenselbsthilfe (383)

Durch die Zunahme chronischen Krankheiten und psychosozialer Probleme haben sich die Anforderungen an das Gesundheitssystem geändert. Im Mittelpunkt dieses zunehmend individualisierten Versorgungssystems ändern sich auch die partizipatorischen Anforderungen an die einzelnen PatientInnen, um zu einer optimalen, individuell zugeschnittenen Behandlung und Unterstützung zu gelangen. Speziell bei der kontinuierlichen Unterstützung von Personen mit komplexen, psychischen Krankheiten und Behinderungen bieten deshalb systematische Selbsthilfe- und Selbstschutzmaßnahmen eine passende Bewältigungsform.

Seit der Veröffentlichung des NÖP95 konnte in Niederösterreich eine rege Entwicklung in der psychiatrischen Selbsthilfe konstatiert werden. War es bisher die Angehörigenorganisation HPE, die auch die Interessen ihrer erkrankten Angehörigen vertrat, so übernahmen in den letzten Jahren die Betroffenen selbst immer mehr diese Aufgabe.

Im Bereich der Betroffenenselbsthilfe wird die Umsetzung folgender Schritte und Maßnahmen empfohlen:

Leistungsspektrum

Folgende Leistungen sollte Selbsthilfe in jedem Fall umfassen:

- Unmittelbare psychosoziale Hilfestellung mittels gegenseitigem Austausch von Informationen und persönlichen Erfahrungen
- Unterstützende, individuelle Hilfe zur Lebensbewältigung
- Eigene Interessensvertretung mit dem Ziel der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
- Nachhaltige Artikulation der Bedürfnisse und Anliegen der Betroffenen als politische Entscheidungsgrundlage für eine bedürfnisorientierte Versorgungsplanung

Förderung- und Finanzierungsrichtlinien

Das Leistungsangebot von Selbsthilfegruppen ist für die Teilnehmer kostenlos und muss daher auf einer kostendeckenden finanziellen Grundlage basieren. Dafür stellt eine klare rechtlich fundierte und damit einklagbare Vereinbarung über Förderungs- und Unterstützungsrichtlinien mit Sicherheitsgarantien für die Betreiber von Selbsthilfegruppen und -projekten eine unabdingbare Voraussetzung dar. Die gegenseitigen Unterstützungsleistungen innerhalb von Selbsthilfegruppen sind dermaßen anspruchsvoll und erfordern allen Einsatz der sich selbst organisierenden Teilnehmer, dass nicht auch noch zusätzlich aufgrund unsicherer Finanzierungsgebarungen immer wieder Überlebensstrategien überlegt werden müssen. Hier sind die Sozialhilfefinanciers aufgerufen, auf der Grundlage von – gemeinsam mit VertreterInnen der Betroffenenorganisationen – ausgearbeiteten Leistungserfordernissen klare Finanzierungssätze festzulegen. Regelmäßige, gemeinsam durchgeführte Evaluationen sollen die Angemessenheit der zugesprochenen Finanzierung überprüfen und notfalls Valorisierungen oder kurzfristige Notfallhilfen ermöglichen.

Zu berücksichtigen ist bei der Gesamtorganisation von Selbsthilfe, dass davon möglichst alle koordinierenden Managementaufgaben den Betroffenen selbst in übergeordneten Dachverbänden ermöglicht werden sollte, was zusätzliche Finanzmittel für den Struktur- und Logistikaufbau und die entsprechenden qualitätssichernden Begleitmaßnahmen erfordert.

Erst die Sicherstellung dieser Aufbauorganisation mit klaren Ablaufprozessen kann den notwendigen weiten Rahmen für die optimale Entfaltung der Selbsthilfeaktivitäten der Betroffenen gewährleisten.

Kooperation mit den professionellen Diensten

Die Notwendigkeit einer gut funktionierenden Zusammenarbeit mit den regionalen psychiatrischen Diensten und Einrichtungen ergibt sich schon zwangsläufig aus der Tatsache, dass einerseits naturgemäß alle Teilnehmer von Selbsthilfegruppen in irgendeiner Form regelmäßig psychiatrische Dienste in Anspruch nehmen, und dass andererseits Nutzer von psychiatrischen Diensten auch potentielle Kunden von Selbsthilfeangeboten sein können. Wer nun in welcher Weise welche der professionellen Dienste und Selbsthilfeangebote wie und in

welcher Kombination nützt, hängt – abgesehen von den persönlichen Sympathiepräferenzen – in erster Linie vom Vernetzungsgrad der Angebote und der damit einhergehenden Qualität der Empfehlungen und Zuweisungen innerhalb dieses Netzes ab. Im günstigsten Fall sollte eine bilaterale Empfehlungs- und Interaktionskultur erreicht werden, innerhalb derer keine grundsätzlichen Ablehnungen sondern bedingt durch einen konstruktiven – streckenweise durchaus auch recht kritisch ausfallenden – Erfahrungs- und Meinungsaustausch eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung der Gesamtversorgung erreicht werden könnte.

Einbindung von VertreterInnen der Betroffenen-Selbsthilfe in psychiatrische Versorgungsaufgaben

Innerhalb der Betroffenen-Selbsthilfe in Niederösterreich findet eine netzwerkmäßig aufgebaute gegenseitige Unterstützung in mehreren Bereichen statt. Das Spektrum reicht von Leistungen der Krisenintervention bis hin zu Hilfen bei Wohn- und Arbeitsproblemen. Damit versorgt die Selbsthilfe teilweise auch innerhalb der Hilfebereiche, wie sie in dieser Evaluation als Aufgaben für die professionellen Dienste und Einrichtungen in den Kapiteln B.2.3 und B.3.1 konzipiert sind. Zukünftig könnte deshalb partnerschaftliche Kooperationsmöglichkeiten angedacht werden, die eine verstärkte Einbindung des Selbsthilfepotenzials in die öffentlich finanzierten psychiatrischen Versorgungsstrukturen fördern. Dabei sollte – wie generell bei allen Vorhaben der Einbindung von Betroffenen in professionelle Agenden – umsichtig und respektvoll gegenüber den Betroffenen vorgegangen werden, und kein Instrumentalisieren von Selbsthilfeaktivitäten als kompensatorischer Ersatz für fehlende professionelle Angebote und Verantwortlichkeiten erfolgen. Die Selbsthilfeleistungen sollten vielmehr als eigenständiges ergänzendes Angebot zur professionellen Versorgung angesehen werden, das mit einem angemessenen Budget zu versehen ist.

Einbindung von VertreterInnen der Betroffenen-Selbsthilfe in die Versorgungsplanung und -evaluation

Durch die Akkumulation von wichtigen Informationen über die Bedürfnisse, Nöte und Anliegen der Betroffenen im Rahmen systematisch durchgeführter Selbsthilfegruppen ist eine Einbindung bzw. ein themenzentriertes Hinzuziehen von Vertretern dieser Gruppen bei Fragen und Entscheidungen zur psychiatrischen Versorgung eine wertvolle Bereicherung, um das Angebot des Gesundheits- und Sozialbereichs immer präziser auf die Bedürfnisse der Betroffenen abzustimmen, was nicht zuletzt auch den Einsatz der verfügbaren Ressourcen zu optimieren hilft.

Einbindung von VertreterInnen der Betroffenen-Selbsthilfe in Personalentwicklungsmaßnahmen

Psychiatrieerfahrene Personen und ihre Bezugspersonen sollten als Experten im Bereich der Personalentwicklung herangezogen werden. Im Sinne einer Personalentwicklung „on the job“ kann und sollte prinzipiell jede Arbeitsbeziehung zwischen professionellen MitarbeiterInnen und KlientInnen eine Erweiterung des jeweiligen Erfahrungswissens bewirken, zusätzlich sollten aber Angebote, im Rahmen derer psychiatrieerfahrene Personen systematisch ihre Kenntnisse und Erfahrungen an verschiedene Interessensgruppen weitergeben, größtmöglich gefördert werden (s. D.3).

Angehörigenselbsthilfe (382)

Die Vereinigung *HPE (Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter)* ist die größte und bekannteste Selbsthilfe-organisation für Angehörige psychisch erkrankter Personen in Österreich. Sie wurde 1978 als Zusammenschluss von Angehörigen, die in ihrer Situation Unterstützung suchten, in Wien gegründet. Gegenwärtig gibt es in jedem Bundesland einen eigenen HPE-Verein und den Dachverband HPE-Österreich. Der Landesverein HPE Niederösterreich wurde am 23.10.2001 gegründet. Davor existierte ein gemeinsamer HPE-Verein für Wien, Niederösterreich und Burgenland.

Die Angehörigen von psychisch erkrankten Personen sind häufig mit belastenden Situationen im Umgang mit den betroffenen Familienmitgliedern konfrontiert und tragen eine hohe Verantwortlichkeit für deren Betreuung und Unterstützung, was das eigene Leben nachhaltig beeinflusst. Viele Angehörige erleben ihre Lebenssituation als belastend und konflikthaft und entwickeln Angst-, Scham- und Schuldgefühle, Hilflosigkeit und Ohnmacht. Die Vorurteile in der Gesellschaft und die damit einhergehenden Rollenzuschreibungen, oft auch von Seiten der behandelnden Experten, stellen zusätzliche Belastungsfaktoren dar. Die Zielsetzung der HPE besteht darin, durch Information, Unterstützung, gegenseitigen Erfahrungsaustausch und Öffentlichkeitsarbeit die Lebensqualität der betroffenen Familien zu verbessern.

Zu den Angeboten der HPE zählen Selbsthilfegruppen, Einzelgespräche mit „erfahrenen“ Angehörigen und Informationsveranstaltungen. Darüber hinaus fungiert die HPE als Interessensvertretung der Angehörigen im psychiatrischen und politischen Bereich, die in die Planung der regionalen psychiatrischen Versorgung einbezogen wird und an psychiatrie-relevanten Gremien auf Landes- und Bundesebene teilnimmt.

Der Dachverband HPE-Österreich betreibt in Wien eine Familienberatungsstelle für Angehörige, organisiert eine jährliche Fachtagung und Weiterbildungsseminare für die ModeratorInnen der Selbsthilfegruppen und gibt die Zeitschrift „Kontakt“ heraus.

Neben der Möglichkeit für Personen aus NÖ, die Angebote der Beratungsstelle in Wien zu nutzen, existieren an 16 Orten in 15 NÖ Bezirken Selbsthilfegruppen der HPE für Angehörige

von psychisch erkrankten Personen. In den meisten Fällen finden diese Angehörigengruppen ein bis zwei Mal im Monat statt, größtenteils werden Räumlichkeiten der PSDs dafür genutzt. In einigen Bezirken gibt es zusätzliche fixe Angebote, wie Einzelberatungen oder themenzentrierte Informationsveranstaltungen.

In den Psychiatrieregionen Mostviertel und Waldviertel – ausgenommen im Bezirk Gmünd – existieren derzeit keine von der HPE organisierten Selbsthilfegruppen für Angehörige. Im Bezirk Wien-Umgebung werden an den Standorten Schwechat und Klosterneuburg Angehörigengruppen angeboten.

Teil C

Die überregionale psychiatrische Spezialversorgung

- C.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie**
- C.2 Abhängigkeitserkrankungen**
- C.3 Psychotherapie**

Übersicht zu Teil C (391)

Die hier besprochene Spezialversorgung in den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen sowie Psychotherapie³⁴ bezieht sich auf die engen psychiatrischen Aspekte von gesellschaftlich wesentlich größeren Problembereichen, die dadurch gekennzeichnet sind, dass sie weitgehend und primär durch nicht-psychiatrische und auch nicht-medizinische Hilfesysteme abgedeckt werden – etwa durch die Jugendwohlfahrt, den schulpädagogischen Dienst, die allgemeinen Sozialbetreuungsdienste oder die Behindertenbetreuung, durch nicht-psychiatrische niedergelassene ÄrztInnen, niedergelassene PsychotherapeutInnen etc. Es ist auch bezeichnend, dass es für diese Gebiete zum Teil eigene Regelungen gibt, etwa den in Ausarbeitung befindlichen Jugendwohlfahrtsplan (im Rahmen des Projektes JUPRO) und den niederösterreichischen Suchtplan, oder das Psychotherapiegesetz, um nur einige zu nennen.

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

Für die genannten drei psychiatrischen Spezialversorgungsbereiche gelten auch viele andere Gemeinsamkeiten, die im Abschnitt „Evaluation 2003“ ausführlich behandelt und in den darauf folgenden relativ kurzen Spezialkapiteln nicht in allen Details wiederholt werden. Zum Verständnis der Spezialkapitel ist es deshalb notwendig, sich zunächst mit dem genannten Abschnitt „Evaluation 2003“ vertraut zu machen.

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

Die psychiatrische Spezialversorgung soll in so genannten überregionalen Kompetenzzentren erfolgen, von denen es aus verschiedenen Gründen, die unten näher erläutert werden, für

³⁴ Gerontopsychiatrie wurde bereits im Teil B besprochen

jeden der genannten Spezialbereiche eine geringere Zahl als sieben geben soll, mit anderen Worten: ein Kompetenzzentrum soll jeweils für mehrere Psychiatrieregionen zuständig sein, weshalb sie hier mit dem Adjektiv „überregional“ versehen werden, wobei allerdings weniger stringente geografische Zuordnungen vorgesehen sind als auf regionaler Ebene.

Die Kompetenzzentren sollen zwei teilweise miteinander überlappende Aufgaben wahrnehmen:

1. Begutachtung („Assessment“) in Problemsituationen, mit denen die peripheren Dienste und Einrichtungen überfordert sind, mit daraus resultierenden Empfehlungen für die weitere Vorgangsweise. Dadurch soll es auch zu einem Wissens- und Kompetenztransfer zu den zuweisenden Stellen kommen, was ja eine wichtige Nebenfunktion eines „Kompetenz“-Zentrums sein sollte. Dieses Assessment kann auch ambulant erfolgen – dort, wo auch tagesklinische Plätze vorhanden sind, auch in einer Tagesklinik. Ein Ergebnis des „Assessments“ kann durchaus auch die Empfehlung für ein stationäres/teilstationäres Therapieprogramm im eigenen Kompetenzzentrum sein.
2. Durchführung spezifischer stationärer bzw. tagesklinischer Therapieprogramme, in den Fällen, in denen a) die Art und notwendige Intensität der Behandlung nur in einem stationären oder teilstationären Setting angeboten werden kann und/oder b) eine ambulante Behandlung nicht ausreichend oder überhaupt nicht möglich ist bzw. eine völlige oder teilweise Entfernung aus der Alltagsumgebung indiziert ist. Die Übernahme in ein solches Therapieprogramm kann nur geplant und nach genauer Indikationsstellung in Zusammenarbeit zwischen dem Kompetenzzentrum und den zuweisenden Stellen erfolgen³⁵ (z.T. können derartige Therapieprogramme eine von vornherein fixierte Dauer haben, z.B. bei Alkoholentwöhnung oder stationärer Psychotherapie).
3. Für diese Kompetenzzentren werden a) Betten, b) Tagesklinikplätze und c) Ambulanzen vorgeschlagen (mit Ausnahme des Drogenentzugs, für den keine Tagesklinikplätze vorgesehen sind):
 - a) eine stationäre Bettenabteilung an einem Allgemeinkrankenhaus bzw. einem psychiatrischen Fachkrankenhaus mit der Hauptfunktion der Durchführung spezifischer Assessment- und Therapieprogramme (nach Abklärung der Indikation im prästationären Bereich).

³⁵ In der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann es gelegentlich notwendig sein, Kinder und Jugendliche im Sinne einer Krisenintervention auch akut aufzunehmen.




- b) Tagesklinikplätze am Standort der Bettenabteilung und, wo machbar, zur besseren Erreichbarkeit auch geographisch disloziert, allerdings fachlich, personell, organisatorisch und in der Finanzierung mit dem Kompetenzzentrum verbunden – als Bestandteil eines Therapieprogramms oder im Rahmen eines fachspezifischen „Assessments“.

- c) Ambulanzen am Standort der Bettenabteilung und, analog den Tagesklinikplätzen, gegebenenfalls geographisch disloziert – zur Indikationsstellung für ein spezifisches stationäres/tagesklinisches Assessment- oder Therapieprogramm, zur Nachbetreuung nach einem solchen und zum fachspezifischen „Assessment“. Die Ambulanzen sollen auch eine Schnittstellenfunktion für eine enge Kooperation mit sämtlichen anderen Diensten und Einrichtungen, die die spezifische PatientInnengruppe behandeln oder betreuen, einnehmen.

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

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

Abb. 1 Standortempfehlungen für die überregionale psychiatrische Spezialversorgung

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



Tab.1 Spezialversorgung: Betten/Tagesklinikplätze³⁶ für 8 Kompetenzzentren

5 Ges.-regionen	7 Psychiatrieregionen	EW pro Bezirk	EW pro Region	Kinder-/Jugendpsychiatrie (Nicht-ÖKAP/GGP)	Alkoholentwöhnung (Nicht-ÖKAP/GGP)	Drogenentzug (ÖKAP/GGP)	Psychotherapie (Nicht-ÖKAP/GGP)
Weinviertel	Weinviertel Hollabrunn Korneuburg Mistelbach Gänserndorf WU Gerasdorf	50.070 67.981 72.726 88.475 8.231	287.483 (18,60%)	43 (bis 62) □ Betten Mödling □ Tagesklinikplätze Mödling und „Einzugsgebiet“	65 □ Betten Kalksburg □ Tagesklinikplätze Kalksburg und „Einzugsgebiet“		30 □ Betten Tulln □ Tagesklinikplätze Tulln und „Einzugsgebiet“
Industrieviertel	Thermenregion Mödling WU Schwechat Baden Bruck/Leitha	106.374 43.818 126.892 40.006	317.090 (20,51%)	30 (bis 43) □ Betten Tulln □ Tagesklinikplätze Tulln und „Einzugsgebiet“	60 □ Betten Mauer □ Tagesklinikplätze Mauer und „Einzugsgebiet“	30 □ Betten Mauer (keine Tagesklinik)	30 □ Betten Mauer □ Tagesklinikplätze Mauer und „Einzugsgebiet“
	Bucklige Welt Neunkirchen Wr. Neustadt Stadt+Land	85.769 109.536	195.305 (12,63%)				
NÖ Mitte	NÖ Mitte Nord Tulln WU Klosterneuburg WU Purkersdorf Krems Stadt+Land	64.600 24.797 25.152 78.120	192.669 (12,46%)	35 (bis 50) □ Betten Amstetten/ Mauer □ Tagesklinikplätze Amstetten/ Mauer und „Einzugsgebiet“	60 □ Betten Mauer □ Tagesklinikplätze Mauer und „Einzugsgebiet“	30 □ Betten Mauer (keine Tagesklinik)	30 □ Betten Mauer □ Tagesklinikplätze Mauer und „Einzugsgebiet“
	NÖ Mitte Süd St. Pölten Stadt+Land Lilienfeld	142.430 27.084	169.514 (10,97%)				
Mostviertel	Mostviertel Amstetten Melk Scheibbs Waidhofen/Ybbs	109.317 75.432 41.450 11.686	237.461 (15,36%)	35 (bis 50) □ Betten Amstetten/ Mauer □ Tagesklinikplätze Amstetten/ Mauer und „Einzugsgebiet“	60 □ Betten Mauer □ Tagesklinikplätze Mauer und „Einzugsgebiet“	30 □ Betten Mauer (keine Tagesklinik)	30 □ Betten Mauer □ Tagesklinikplätze Mauer und „Einzugsgebiet“
Waldviertel	Waldviertel Waidhofen/Thaya Horn Zwettl Gmünd	28.197 32.400 45.635 40.050	146.282 (9,46%)				
Summe		1.545.804	1.545.804 (100%)	108 (bis 155) 0,07 (bis 0,1)³⁷/1000 EW	125 0,1/1000 EW³⁸	30 0,1/1000 EW¹⁰	60 0,04/1000 EW

³⁶ Bei den hier genannten Standorten ist keine präzise Zuordnung zu Einzugsgebieten vorgesehen. Die genannten Ziffern ergeben sich einerseits aus den in der letzten Zeile für ganz Niederösterreich vorgesehenen Grundziffern sowie standortbezogenen Gegebenheiten und Randbedingungen. Die Positionierung der Bettenziffern in der Tabelle entspricht in etwa dem Schwerpunkt des „Einzugsgebietes“. Änderungen der Zahlen für Betten/Tagesklinikplätze sind für die Bereiche, die nicht unter den ÖKAP/GPP Schlüssel fallen, potenziell möglich (In die Ziffern für die Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde bereits ein Beschluss der Ständigen Ausschusses des NÖGUS auf der Grundlage der hier empfohlenen Gesamtzahl und Standorte eingearbeitet.)

³⁷ 0,07 = Remschmidt (2001); in Klammer obere Grenze lt. derzeitigem Diskussionsstand Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (0,1)

³⁸ beruhend auf der Empfehlung der Expertenkommission der deutschen Bundesregierung 1988 (0,1/1000 für alle Suchtkrankheiten gemeinsam).

C.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie ³⁹(403)

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

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

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

³⁹ Für das Verständnis der folgenden Ausführungen ist die Lektüre des Einleitungskapitels des Teils C erforderlich

C.2 Abhängigkeitserkrankungen⁴⁰ (412)

Im Niederösterreichischen Suchtplan 2000 werden drei Maßnahmenpakete unterschieden:

- Prävention
- Beratung
- Therapie

Die folgenden Ausführungen befassen sich mit dem Bereich Therapie, also mit dem spezifischen psychiatrischen Bereich, wie in der Einleitung zum Teil C oben ausgeführt wurde. Eine Vernetzung mit den anderen Bereichen ist essenziell.

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

Wie in der Einleitung zum Teil C begründet wurde, wird hier lediglich auf Dienste und Einrichtungen mit spezifischer psychiatrischer Widmung eingegangen, die ein „qualifiziertes fachliches Hinterland“ für die vielen anderen Dienste, Einrichtungen und Initiativen im Suchtbereich darstellen, die im Niederösterreichischen Suchtplan 2000 und im Umsetzungsprojekt NÖ Suchtplan 2002 genannt werden.

Essenziell ist allerdings, dass die hier besprochenen psychiatrischen Spezialdienste und -einrichtungen mit all den anderen Diensten und Einrichtungen eng vernetzt arbeiten. Die Kooperationsstrukturen mit diesen selbst in Entwicklung befindlichen anderen Bereichen sind vielfach noch zu verbessern und sollen hier nicht präjudiziert werden. Es werden hier sozusagen „nach außen offene psychiatrische Kernstrukturen“ vorgeschlagen.

C.2.1 Alkoholabhängigkeit (414)

Entsprechend dem im Einleitungskapitel näher beschriebenen Konzept des Kompetenzzentrums, ist die Rolle der Psychiatrie für die Spezialbereiche als die eines „qualifizierten fachlichen Hinterlandes“ zu sehen, das dort für diagnostische und therapeutische Zwecke zur Verfügung steht, wo die in der fachlichen und geographischen

⁴⁰ Für das Verständnis der folgenden Ausführungen ist die Lektüre des Einleitungskapitels des Teils C erforderlich.

Peripherie tätigen anderen Hilfesysteme überfordert sind und eine spezifische psychiatrische Kompetenz bzw. ein spezifisches stationäres oder tagesklinisches psychiatrisches Setting benötigt wird. Im Bereich der Alkoholabhängigkeit gilt dies in erster Linie für die Entwöhnungsbehandlung – Alkoholentzug erfolgt de facto weitgehend auf internistischen Stationen.

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

Neu ist der Vorschlag, entsprechend dem Konzept des Kompetenzzentrums systematisch auch tagesklinische Plätze und Ambulanzen – möglichst auch disloziert – einzusetzen (was im Hinblick auf Ambulanzen vom Anton-Proksch-Institut bereits praktiziert wird). Neu ist auch der Vorschlag einer suchtspezifische Aufgabenerweiterung des PSD (B.2.3.6), der zukünftig überall dort subsidiär tätig werden sollte, wo die spezielle Zielpopulationsdefinition für den PSD⁴¹ zutrifft und die existierenden Dienste und Einrichtungen das Problem nicht bewältigen (B.2.3.1). Wegen der hohen körperlichen Komorbidität bei Alkoholkrankungen wird außerdem dringend empfohlen, konsiliarpsychiatrische Dienste an Allgemeinkrankenhäusern und in betreuten Wohneinrichtungen auszubauen (B.2.2) und Ärzte für Allgemeinmedizin spezifisch zu schulen, weil dadurch die Möglichkeiten der Früherkennung und der Behandlungsmotivierung verbessert werden (B.2.5.). Die im Teil B beschriebenen „komplementären“ Dienste sollten sich ebenfalls verstärkt der Versorgung von Personen mit Abhängigkeitserkrankungen annehmen, auch deshalb, weil gerade bei langfristig psychisch erkrankten Personen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit einer zusätzlichen Abhängigkeitsproblematik gegeben ist. Schließlich sollten auch Selbsthilfeaktivitäten (Anonyme Alkoholiker, Blaues Kreuz, Angehörigen- und Familiengruppen, AL-ANON) gefördert werden (B.3.2).

C.2.2 Drogenabhängigkeit (420)

Wie bei der Alkoholabhängigkeit wird auch hier auf den NÖ Suchtplan 2000 und dessen Umsetzungsempfehlungen (2002) verwiesen, an die sich die folgenden Ausführungen im Wesentlichen anschließen.

⁴¹ Zielgruppe für die Betreuung durch den PSD sollten Personen sein, die ihre psychisch bedingten Einschränkungen und Beeinträchtigungen weder selbstständig noch mit dem allgemein verfügbaren Angebot an ambulanten (fach-)ärztlichen und/oder psychotherapeutischen Hilfen und anderen sozialen und privaten Hilfen in ihrem Lebensfeld bewältigen können bzw. wenig oder nicht motiviert sind, diese allgemein verfügbaren Hilfen in Anspruch zu nehmen.

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

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

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

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

C.3 Psychotherapie⁴² (425)

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

⁴² Für das Verständnis der folgenden Ausführungen ist die Lektüre des Einleitungskapitels des Teils C erforderlich.

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

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

Teil D

Umsetzungsstrategien

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

D.1 Planung, Steuerung und Koordination der Versorgung (434)

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 (RPV)“ eine geeignete Organisationsform dar.

Es ist dies ein Zusammenschluss aller Anbieter der psychosozialen Versorgung in einer Psychiatrieregion 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 Psychiatriebefauftragten 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.

D.2 Finanzierung (462)

In diesem Kapitel werden die Verhältnisse der Finanzierung der psychiatrischen Versorgung zusammenfassend dargestellt. Dabei wird deutlich, dass es sich um in hohem Maße komplexe 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 Psychiatriebudgetmodell.

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 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 Psychiatriebudgetmodell erarbeitet. Im Rahmen dieses Modells würde jeder der sieben Psychiatrieregionen des NÖ Psychiatriepfandes 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 personen-zentrierten Hilfen), eventuell auch in GB und den NL, zurückgegriffen werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die derzeitigen Finanzierungsstrukturen und die damit verbundenen Anreizmechanismen eine personenzentrierte und gemeindenahere 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, 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 Finanzierung diskutiert werden, könnten - der ersten Analyse zufolge - durchaus den Aufbau einer personenzentrierten und gemeindenaheren 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 ist eine genaue Ausgestaltung der

beschriebenen Verknüpfung von Finanzierungsformen mit organisatorischen und rechtlichen Aspekten und die Formulierung konkreter Schritte für die Implementierung.

D.3 Personalentwicklung (518)

„Psychiatrie braucht Menschen“ ist der plakative Ausdruck für das in der Leitlinie 9 „Ressourcen-Prioritäten“ 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 Arbeits-Setting 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.