

Österreichischer Psychiatriebericht 2004

Analysen und Daten zur psychiatrischen
und psychosozialen Versorgung der
österreichischen Bevölkerung

Heinz Katschnig, Peter Denk und Michael Scherer

Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie
Universitätsklinik für Psychiatrie

Wien 2004

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

Impressum:

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Sektion III
Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Sektionschef MR Dr. Hubert Hrabcik, GD für öffentliche Gesundheit

Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen
Fertiggestellt im Dezember 2004

Autoren:

Heinz Katschnig, Peter Denk und Michael Scherer
unter Mitarbeit von Antonia Croy, Martina Gaisberger Felicitas Heindl, Christian Horvath,
Monika Krautgartner, Edwin Ladinser, Beate Schrank, Barbara Weibold und Ingrid
Zechmeister

Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie
Universitätsklinik für Psychiatrie

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
A - Analysen und Trends	9
A.1 Psychiatrieplanung in Österreich.....	9
A.1.1 Allgemeine Entwicklung.....	9
A.1.2 Bundesplanung	14
A.1.3 Überblick über die Psychiatriepläne der österreichischen Bundesländer.....	18
A.1.3.1 Stand der Verfügbarkeit.....	18
A.1.3.2 Auftraggeber	20
A.1.3.3 Verfasser	20
A.1.3.4 Relevanz.....	20
A.1.3.5 Evaluationen, Fortschreibungen und Berichte	21
A.1.3.6 Form und Konzeptualisierung	24
A.1.3.7 Umsetzungsorganisation	28
A.1.4 Finanzierungsstrukturen und finanzielle Anreizwirkungen in der psychiatrischen Versorgung Österreichs	29
A.1.4.1 Kostenträger	29
A.1.4.2 Mitteltransfer.....	29
A.1.4.3 Anreizmechanismen	30
A.1.5 Die psychiatrische Versorgung und die „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)“	35
A.1.5.1 Die Reform der Krankenhausfinanzierung.....	35
A.1.5.2 Das LKF-Modell in der Psychiatrie.....	35
A.1.5.3 Resümee	37
A.2 Internationale Perspektiven	38
A.2.1 Europäische Aktivitäten der Weltgesundheitsorganisation	39
A.2.2 Aktivitäten der Europäischen Union.....	39
A.2.3 Publikationen und Dokumente.....	41
A.2.4 Internationale Psychiatrie- und Mental Health-Vereinigungen	42
A.2.5 Psychiatrische Betten in Europa.....	42
B - Betroffenen- und Angehörigenselbsthilfe, Laienhilfe, Antistigmaarbeit	45
B.1 Betroffenenelbsthilfe	45
B.2 Angehörigenselbsthilfe	48
B.3 Laienhilfe	51
B.4 Anti-Stigma-Arbeit.....	54

C - Stationäre psychiatrische Versorgung	57
C.1 Psychiatrische Krankenhausbetten	58
C.2 Inanspruchnahme von Krankenhausbetten	62
C.2.1 Alle Krankenanstalten: Entlassungen mit psychiatrischen vs. nicht psychiatrischen Diagnosen	62
C.2.2 Entlassungen mit psychiatrischen Diagnosen aus psychiatrischen vs. nicht- psychiatrischen Betten	67
C.2.2.1 Entlassungen aus psychiatrischen Betten	70
C.2.2.1.1 Zeitlicher Verlauf 1996 bis 2002	70
C.2.2.1.2 Psychiatrisches Diagnosen-Spektrum bei Entlassungen aus psychiatrischen Betten 2002	73
C.2.2.2 Entlassungen aus nicht-psychiatrischen Betten	82
C.2.2.2.1 Psychiatrisches Diagnosenspektrum bei Entlassungen aus nicht- psychiatrischen Betten 2002	82
C.2.2.2.2 Aufenthaltsdauer bei Entlassungen aus nicht-psychiatrischen Betten ohne und mit psychiatrischer Nebendiagnose	97
C.3 Unterbringungen nach dem Unterbringungsgesetz 1990	99
C.4 Maßnahmenvollzug gemäß §21 Abs.1 und Abs.2 Strafgesetzbuch	100
D - Psychopharmaka und Psychotherapie	103
D.1 Psychopharmakaverbrauch 1991-2002	103
D.1.1 Gesamtentwicklung	103
D.1.2 Neuroleptika, Antidepressiva, Tranquilizer	106
D.1.3 Verordnung von Psychopharmaka nach Ärztegruppen: Allgemeinpraktiker, Fachärzte für Psychiatrie/Neurologie und andere Fachärzte	112
D.1.4 Kosten	114
D.2 Ausgaben der Krankenkassen für psychotherapeutische Behandlung im Zeitraum 1997 - 2002	116
Liste der Abkürzungen	117
Danksagungen	119

Einleitung

Eine von der Weltbank und der Weltgesundheitsorganisation in Auftrag gegebene Studie¹ prognostiziert, dass im Jahre 2020 unter allen Krankheiten – also die körperlichen mitgerechnet – die Depression am häufigsten für krankheitsbedingte Alltagsbehinderungen verantwortlich ist, und eine kürzlich für die europäische Region der Weltgesundheitsorganisation publizierte Analyse für das Jahr 2000 führt unter den zehn am häufigsten für Alltagsbehinderungen verantwortlichen Krankheiten allein vier psychische Störungen auf (Depression, Alzheimer und andere Demenzerkrankungen, Alkoholmissbrauch und Selbstverletzungen)².

Trotz seiner gut dokumentierten großen Bedeutung wird das Gebiet der psychischen Gesundheit aber heute bestenfalls vernachlässigt, schlimmstenfalls durch Stigmatisierung und Diskriminierung ins Abseits gedrängt. Ziel des Österreichischen Psychiatrieberichtes 2004 ist es, dieser Tendenz wenigstens durch Informationsvermittlung entgegen zu wirken und dem Thema der psychischen Gesundheit und psychischen Krankheit eine erhöhte Sichtbarkeit und Akzeptanz zu verleihen.

Aus Anlass des „World Health Day on Mental Health“ der WHO³ erschien im April 2001 der „Österreichische Psychiatriebericht 2001“, der erstmals Daten aus verschiedensten Bereichen, die für die psychische Gesundheit sowie die psychiatrische und psychosoziale Versorgung der österreichischen Bevölkerung verfügbar waren, zusammentrug.⁴

Bei dem hier vorliegenden Österreichischen Psychiatriebericht 2004 handelt es sich in weiten Teilen nicht um eine einfache Fortschreibung des Berichtes aus dem Jahr 2001, sondern um seine Ergänzung mit tiefer gehenden Analysen und qualitativen Beschreibungen. Zu beachten ist, dass der Natur eines solchen Berichtes entsprechend, verschiedene Teile zu verschiedenen Zeitpunkten fertig gestellt wurden. So waren etwa die LKF-Daten des Jahres 2002 erst Anfang 2004 verfügbar, während andere Analysen schon früher abgeschlossen wurden.

In einem ersten Abschnitt „Analysen und Trends“ werden die Aktivitäten auf dem Gebiet der Psychiatrieplanung in Österreich erstmals zusammenfassend und im Detail dargestellt und die Finanzierungsmechanismen der psychiatrischen Versorgung beschrieben, die wegen ihrer Fragmentierung und der spezifischen Anreizsetzungen vielfach dysfunktional sind. Hauptabsicht war es dabei, alle Akteure im Bereich der psychiatrischen Versorgung bzw. der Förderung der psychischen Gesundheit mit den sonst schwer zugänglichen Hintergrundinformationen zu versorgen, die die tägliche Arbeit und die Planungsarbeit wesentlich mitbestimmen. Zum Teil beruhen die enthaltenen Analysen auf den Erfahrungen der Autoren bei der Erstellung des Niederösterreichischen Psychiatrieplanes 2003⁵.

In Abschnitt B „Betroffenenselbsthilfe, Angehörigenselbsthilfe, Laienhilfe, Antistigmakampagne“ werden Initiativen und Aktivitäten dargestellt, die im Österreichischen Psychiatriebericht 2001 zu kurz gekommen sind, aber für die gemeindenahere Hilfe bei psychischen Krankheiten essenziell sind.

¹ Murry C., Lopez A. (eds): The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020, Harvard University Press, Cambridge 1996, pp 247-293

² Üstün T.B., J.L. Ayuso-Mateos, S. Chatterji, C. Mathers, C.J.L. Murray: Global burden of depressive disorders in the year 2000. British Journal of Psychiatry 184(2004)386-392

³ The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organisation, Geneva 2001, <http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/pdf/whr2001.en.pdf>

⁴ Katschnig H., Ladinser E., Scherer M., Sonneck G., Wancata J. „Österreichischer Psychiatriebericht 2001“. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. www.bmgf.gv.at → Berichte

⁵ Katschnig H., Denk P., Weibold B.: Evaluation des Niederösterreichischen Psychiatrieplanes 1995, gleichzeitig Niederösterreichischer Psychiatrieplan 2003. www.noegussoziales.at

In den Abschnitten C und D werden Versorgungsdaten aus dem Österreichischen Psychiatriebericht 2001 fortgeschrieben und durch weitere Analysen ergänzt⁶. Berufsbezogene Daten werden diesmal nicht berichtet, da sie bereits im Jahre 2001 ausführlich dargestellt wurden. Auch außerstationäre Einrichtungen, die heute in praktisch allen Bundesländern für die psychiatrische Versorgung bereits eine große Rolle spielen, sind hier nicht dargestellt, da es für sie keine Österreich weit vergleichbaren Daten gibt. Für diese Dienste und Einrichtungen wird auf die im Abschnitt A besprochenen Pläne der einzelnen Bundesländer verwiesen, die zum Großteil auch eine Darstellung der außerstationären Versorgung enthalten.

Im Abschnitt C wird der stationäre Sektor der Versorgung psychisch kranker Personen im Detail analysiert. Zum einen ist dies wegen der guten Datenlage Österreich weit möglich, zum anderen ist der stationäre Sektor auch der kostenintensivste. Da sich herausgestellt hat, dass drei Viertel aller Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose in nicht-psychiatrischen Abteilungen behandelt werden, wurden spezielle Analysen für diesen Bereich vorgenommen. Im Abschnitt D wurden schließlich Daten über den Psychopharmakagebrauch und über die Kosten der Psychotherapie aus dem Österreichischen Psychiatriebericht 2001 fortgeschrieben.

Zum Zwecke der leichteren Lesbarkeit wird in diesem Bericht die männliche Schreibweise verwendet. Es sind aber immer die männliche und die weibliche Schreibweise gemeint.

⁶ Ein Teil dieser Daten wurde gemeinsam mit ausgewählten Daten des Österreichischen Psychiatrieberichtes 2001 im September 2003 in einer englischsprachigen Broschüre „Mental Health in Austria“ publiziert (www.bmgf.gv.at → Berichte).

A - Analysen und Trends

A.1 Psychiatrieplanung in Österreich

In diesem Kapitel werden die übergreifenden gesetzlichen, finanziellen und planerischen Regelungen beschrieben, durch die die Gestalt der psychiatrischen Versorgung in Österreich determiniert wird. In den verschiedenen Gesetzen, deren genauere Darstellung nicht Gegenstand dieses Berichtes ist, gibt es Regulierungen, die in den letzten Jahren wirksam geworden sind und neben der Optimierung der Versorgung in erster Linie ökonomische Aspekte zum Ziel haben⁷.

Im ersten Abschnitt werden diejenigen Teile des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes (ÖKAP/GGP) dargestellt und diskutiert, die für die psychiatrische Versorgung relevant sind. Der ÖKAP/GGP, den es seit dem Jahr 1994 gibt, wurde seither mehrfach durch das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) im Auftrag des Strukturfonds fortgeschrieben. Die bei Erstellung dieses Berichtes verfügbare Version stammt aus dem Jahr 2003. Parallel dazu wurde – ebenfalls durch das ÖBIG im Auftrag des Strukturfonds – seit dem Jahr 1997 der strukturelle Bedarf in der psychiatrischen Versorgung analysiert und jährlich fortgeschrieben.

Ab 2005 soll sich der ÖKAP/GGP (er wird möglicherweise umbenannt) vermehrt auf das Leistungsangebot in definierten Versorgungsregionen konzentrieren und auch die außerstationären Bereiche berücksichtigen. In beiderlei Hinsicht hat die Psychiatrieplanung schon lange Vorreiterleistungen erbracht, die z.B. im genannten Niederösterreichischen Psychiatrieplan 2003⁸ zum Ausdruck kommen.

Der zweite Abschnitt untersucht und vergleicht die verschiedenen Bundesländerpläne für die psychiatrische Versorgung, die es seit kurzem für alle neun Bundesländer gibt.

Die beiden letzten Abschnitte beschreiben schließlich die Finanzierungswege und diskutieren modellhaft deren Mechanismen und Auswirkungen anhand einer Darstellung des niederösterreichischen Finanzierungssystems der psychiatrischen Versorgung. Dabei wird deutlich, wie fragmentiert dieses Finanzierungssystem ist und dass finanzielle Anreize die Abläufe entscheidend mitgestalten, ohne dass für die gerade auf diesem Gebiet notwendige Koordination ausreichend vorgesorgt ist. Genauer eingegangen wird auf die Finanzierung der stationären Psychiatrie durch das LKF-System.

A.1.1 Allgemeine Entwicklung

1985 wurde vom ÖBIG eine erste Studie zur bundesweiten Krankenanstaltenplanung durchgeführt. Danach erfolgte 1993 ein Auftrag des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) an das ÖBIG, den ersten ÖKAP 1994 unter Bedachtnahme auf die Landeskrankenanstaltenpläne zu erstellen. Seither erschienen in den Jahren 1997, 1999, 2001 und 2003 Fortschreibungen, in denen die tatsächlichen Umsetzungen bei einem Zeithorizont bis 2005 evaluiert und darauf aufbauend der Plan weiterentwickelt wurde. Seit dem Jahr 1997 lautet – bedingt durch die Miteinbeziehung des Großgeräteplanes (GGP) – die neue, kombinierte Bezeichnung ÖKAP/GGP.

⁷ Im Niederösterreichischen Psychiatrieplan 2003 sind diese Regelungen an Hand des Beispiels eines Bundeslandes detailliert beschrieben (siehe Fußnote 5)

⁸ siehe Fußnote 5

Ebenfalls vom ÖBIG wurde im Auftrag des Strukturfonds 1997 die Studie "Struktureller Bedarf in der psychiatrischen Versorgung" durchgeführt. Die Kernergebnisse dieser Studie führten im ÖKAP/GGP 1999 zur erstmaligen Formulierung eines Österreich weit verbindlichen Psychiatrieplans, und zwar in Form der Kapitel Versorgungsgrundsätze und Leitlinien, Planungsmethode sowie Ambulante und komplementäre Einrichtungen und Dienste. Seither erfolgten zum strukturellen Bedarf in der psychiatrischen Versorgung jährliche Fortschreibungen zur allgemeinpsychiatrischen Versorgung, zu den dezentralen Fachabteilungen für Psychiatrie, zum Spezialversorgungsbereich "Kinder- und Jugendneuropsychiatrie" und zur gerontopsychiatrischen Versorgung.

Die Ergebnisse dieser laufenden Strukturbedarfsanalysen können als bundesweite Empfehlungen für die entsprechenden Planungsaktivitäten auf Länderebene betrachtet werden. Die davon in den ÖKAP/GGP übernommenen Angaben über strukturelle Zielvorstellungen und Planungsgrundlagen haben im Sinne eines Master-Plans verbindlichen Charakter für die Länderpläne, die sich innerhalb des vorgegebenen Rahmens orientieren sollen.

Als gesetzlicher Rahmen für diese bundesweit abgestimmte Grundlagenentwicklung in der psychiatrischen - wie auch in der somatischen - Versorgungsplanung dient die Vereinbarung gemäß Art. 15a Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung. In einem ersten Schritt wurde sie für die Jahre 1997 bis 2000 getroffen und nach Außerkrafttreten durch eine neue Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG weiterführend für die Jahre 2001 bis 2004 ersetzt. War das Kernstück in der ersten Periode der 15a-Vereinbarung die Neustrukturierung der Finanzierung durch die Einführung der "Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung" (LKF), so wurden in der zweiten Periode wesentliche neue Inhalte aufgenommen, ohne die Kostenentwicklung damit negativ zu beeinflussen. Die wesentlichen Zielsetzungen sind dabei

- „eine integrierte, aufeinander abgestimmte Planung aller Bereiche im Gesundheitswesen, insbesondere unter stärkerer Einbeziehung des niedergelassenen Bereiches, zu erreichen,
- ein verbindliches, der Effizienzsteigerung dienendes Qualitätssystem für das österreichische Gesundheitswesen einzuführen,
- die Voraussetzungen für einen effektiven und effizienten Einsatz der Informationstechnologie im Gesundheitswesen zu schaffen,
- das Schnittstellenmanagement durch verbindliche Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen zu verbessern und den ÖKAP/GGP in Richtung eines Leistungsangebotsplanes weiterzuentwickeln.“⁹

Vor dem Hintergrund dieser zeitlichen Entwicklungslinie können die vor dem Jahr 1997 erstellten Länderpläne¹⁰ aus Tirol (1993) und Niederösterreich (1995), gemeinsam mit den „Empfehlungen für die zukünftige psychiatrische Versorgung der Bevölkerung Österreichs“ des Bundesministeriums für Gesundheit (1992)¹¹ und internationalen Referenzen hauptsächlich aus der BRD und dem angloamerikanischen Raum – als richtungweisende Modelle für die dann nachfolgenden Studien zum strukturellen Bedarf in der psychiatrischen Versorgung auf Bundesebene betrachtet werden. Andererseits wiederum orientieren sich unterdessen die nach 1997 erstellten Länderpläne bei der Evaluation der Ist-Strukturen und in ihren Empfehlungen zu den Soll-Strukturen immer stärker an den vom ÖBIG gelieferten Planungs- und Evaluationsvorgaben. Durch das mittlerweile strukturell verankerte Wechselspiel zwischen Global- und Lokalplanung

⁹ BMGF-Homepage: www.bmgf.gv.at

¹⁰ Der Zielplan für Wien aus dem Jahr 1979 stellt aufgrund seines frühen Erscheinungsdatums eine Ausnahme in dieser Analyse auf der Zeitachse dar.

¹¹ „Empfehlungen für die zukünftige psychiatrische Versorgung der Bevölkerung Österreichs“, Mitteilungen der Österreichischen Sanitätsverwaltung, 93. Jahrgang, Heft 9, 15. September 1992

können nun einerseits länderspezifische Gegebenheiten und Besonderheiten in die globale Bundesplanung systematisch einfließen; andererseits können auf Bedürfnisse der Länder abgestimmte Globalvorgaben wirksamer und zeitgerechter in die Form von konkreten Detailplanungen auf Länderebene übersetzt werden.

Die bundesweite Neustrukturierung des Gesundheitswesens hat ihre Prioritäten auf eine effizientere Steuerung und Abwicklung der Krankenanstaltenfinanzierung durch die LKF gesetzt. Als Folge konzentrierte sich vorerst auch in der psychiatrischen Versorgungsplanung die Perspektive zwangsläufig auf die stationäre Versorgung durch psychiatrische Betten und seit 2002 auch auf Tagesklinikplätze (s.u.). Insbesondere die vollstationäre Schwerpunktsetzung hat in der psychiatrischen Versorgung zur Folge, dass nur ein Teilssegment aller Versorgungsfunktionen – wenn auch das teuerste – beachtet und dabei in einer künstlich reduktionistischen Weise überbewertet wird. Dieses historisch bedingte Schiefgewicht wird sich umso mehr ausbalancieren, je personen- und lebensfeldzentrierter sich in Zukunft die individuellen Behandlungs- und Unterstützungsleistungen für psychiatrische Patienten ausrichten und somit vom stationären Leistungsspektrum in das lebensfeldnähere und niederschwelligere, ambulante Leistungsspektrum verlagert werden. Nicht zuletzt könnten veranschlagte Kosteneinsparungen erreicht werden, wenn eine solchermaßen integrierte und ausbalancierte Versorgung realisiert wird, bei der alle wirksamen Bereiche miteinander bedarfs- und bedürfnisgerecht verwoben sind.

Ein weiterer Grund für die vorläufige Konzentration auf den stationären Versorgungsbereich liegt in der mittlerweile durch die LKF erreichten Klarheit und Eindeutigkeit der angewandten Finanzierungsmodalitäten, die jedoch nur für die Fonds-Krankenanstalten gelten¹². Nicht in dieses Finanzierungssystem fallen die Leistungen der niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie und die Leistungen der Ärzte für Allgemeinmedizin, deren Verrechnung durch eigene Verträge mit den Sozialversicherungsträgern geregelt ist. Eine weitere Komplikation stellt die Vielzahl von ambulanten und komplementären psychosozialen Leistungen dar, die auf der Grundlage länderspezifischer Sozialhilfe- und Behindertengesetze mit unterschiedlich ausgeprägten Leistungs- und Finanzierungsrichtlinien erbracht werden.

Diese Aufsplitterung von Finanzierungsverantwortlichkeiten innerhalb der Länder, die Unterschiedlichkeit der Sozialhilfe- und Behindertengesetze zwischen den Ländern, die einen Großteil der Finanzierung psychiatrischer Leistungen im ambulanten und komplementären Bereich regeln, sowie das Fehlen eines Gesamtfonds, in dem das gesamte Spektrum an versorgungswirksamen Leistungen in der Psychiatrie einer Harmonisierung zugeführt werden könnte, verhindern derzeit noch eine ganzheitlich-integrierte psychiatrische Versorgungsplanung über alle Finanzierungs- und Zuständigkeitsgrenzen hinweg.

In der aktuellen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG wird der integrierten, aufeinander abgestimmten Planung aller Bereiche im Gesundheitswesen ein besonderer Stellenwert beigemessen. Durch die Besonderheit der sozialen Verwobenheit der Gesundheitsleistungen in der psychiatrischen Versorgung wären neben dem - in der Vereinbarung ausdrücklich genannten - niedergelassenen Bereich auch alle sonstigen ambulanten, mobilen und komplementären Versorgungsleistungen einzubeziehen.

Vor diesem Hintergrund angestrebter Leistungs- und Finanzierungsoptimierung ist zu sehen, dass neben den vollstationären auch die teilstationär-psychiatrischen Leistungen mit festgeschriebenen Strukturqualitätskriterien in den ÖKAP/GGP 2001 aufgenommen und in den ÖKAP/GGP 2003 übernommen wurden. Damit gleichlaufend wurde mit Anfang 2002 eine neue LKF-Regelung für die Verrechnung von psychiatrisch-tagesklinischen Leistungen in Kraft gesetzt. Orientierungen für ambulante und komplementäre

¹² s. Abschnitt A.1.5.

Einrichtungen und Dienste werden ebenfalls beschrieben, sind allerdings noch sehr allgemein und unverbindlich gehalten.

Angesichts der bereits erfolgten Erweiterungsschritte sind Tendenzen einerseits für eine evidenzbasierte Verlagerung von derzeit noch stationären Ressourcen in teilstationäre, ambulante und komplementäre Ressourcen und andererseits für eine ganzheitlich-integrierte Versorgung erkennbar. Mit diesem Streben nach Koordinierung der Leistungsaufteilung und Bündelung bei der Leistungserbringung scheint neben einer Qualitätssteigerung auch der erwünschte kostenoptimierende Effekt in der Gesamtfinanzierung erreichbar geworden zu sein.

In den Jahren 1997/98 wurden in allen neun Bundesländern von den Landesrechnungshöfen Berichte zur psychiatrischen Versorgung erstellt. Diese Berichte bestanden aus einem allgemeinen länderübergreifenden Teil und einem besonderen länderspezifischen Teil. Der allgemeine Teil beinhaltete WHO-Richtlinien und Empfehlungen zur stationären Versorgung, zur Versorgung durch niedergelassene Fachärzte, zur extramuralen Versorgung und zu einer abgestimmten und ausreichenden Vollzugsorganisation hinsichtlich der zwangsweisen Anhaltung von Personen nach dem Unterbringungsgesetz 1990 in den psychiatrischen Krankenanstalten.

Den allgemeinen Teil abschließend erfolgte eine Übersicht zu den bestehenden Länderkonzepten und deren Umsetzungsgrad. Insbesondere wurden dabei folgende Ziele hervorgehoben:

- Dezentralisierung der stationären psychiatrischen Versorgung durch die Errichtung von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern bei gleichzeitiger deutlicher Verringerung des Bettenangebotes in den bestehenden psychiatrischen Krankenhäusern; bei einer anzustrebenden Bettenmessziffer von 0,3 Betten pro 1000 EW.
- Ausbau patientengerechter und gesamtkostensenkender außerstationärer Versorgungseinrichtungen
- Maßnahmen zur Verlagerung von Langzeitpatienten in den extramuralen Bereich.

Im besonderen Teil wurde jeweils das länderspezifische Versorgungsangebot zusammenfassend beschrieben und daran eine Mängelanalyse angefügt. Schließlich wurden Empfehlungen für Optimierungen abgegeben. Diese konkreten Empfehlungen fanden großteils in den danach erstellten Länderplänen bzw. Fortschreibungen Eingang.

Weiters wurden in dem von Meise, Hafner und Hinterhuber im Jahr 1998¹³ herausgegebenen Übersichtsband „Gemeindepsychiatrie in Österreich“ die kritischen Prüfungsergebnisse der Länder-Rechnungshöfe den länderspezifischen Darstellungen der psychiatrischen Versorgung gegenübergestellt. Diese Berichterstattung hatte die Beantwortung der Frage zum Inhalt, warum es bis dahin trotz fortgeschrittener Niederschreibung von Richtlinien und Empfehlung für eine Psychiatriereform - wie sie vom Bundesministerium für Gesundheit 1992¹⁴ und im Österreichischen Krankenanstaltenplan 1994 publiziert wurden - nur äußerst zögerlich und unzureichend zu einer zeitgerechten Gestaltung des großteils veralteten psychiatrischen Versorgungssystems in Österreich gekommen ist.

Aus dem Aufbau und dem Inhalt der in der folgenden Übersicht dargestellten Psychiatriepläne lassen sich folgende allgemeinen Hauptintentionen bzw. Kernfunktionen von Psychiatrieplänen ableiten:

¹³ Meise U., Hafner F., Hinterhuber H.: Gemeindepsychiatrie in Österreich, VIP-Verlag Integrative Psychiatrie, Innsbruck 1998

¹⁴ „Empfehlungen für die zukünftige psychiatrische Versorgung der Bevölkerung Österreichs“, Mitteilungen der Österreichischen Sanitätsverwaltung, 93. Jahrgang, Heft 9, 15. September 1992

Psychiatriepläne können

1. eine Aufmerksamkeitszuwendung sowohl der politischen Entscheidungsträger als auch der allgemeinen Öffentlichkeit auf die Wichtigkeit einer optimalen psychiatrischen Versorgung als Voraussetzung für eine allgemeine Volksgesundheit bewirken, und damit wesentlich zu einer Entdiskriminierung der Betroffenen und einer Normalisierung des Umgangs mit ihnen beitragen,
2. als Evidenzgrundlage für politische Entscheidungen bei der konkreten Umsetzung von psychiatrischen Versorgungsmaßnahmen dienen und damit eine ausgewogene und bedarfsgerechte Mittelallokation ermöglichen,
3. durch eine Berücksichtigung der vielen Nahtstellen mit anderen medizinischen Fachbereichen qualitätsverbessernd in die allgemeine Gesundheitsversorgung hineinwirken und damit auch einen motivationalen Faktor für alle beteiligten psychiatrischen Leistungsanbieter selbst darstellen,
4. – im Falle ihrer offiziellen Annahme - für die zuständigen Financiers, wie auch für die Leistungserbringer wichtige Orientierungen für mittel- und längerfristige Budgetierungen darstellen, bei denen das Zusammenspiel verschiedener Finanzierungsquellen und die schlussendliche Gesamtkostenentwicklung transparent und damit steuerbar gehalten werden kann,
5. den Bedarf und das Angebot für alle Nutzer der Versorgungsleistungen transparent machen und damit deren strukturell verankerte Einbindung in Planungs-, Umsetzungs- und Evaluationsprozesse fördern (insbesondere gilt das für die betroffenen Personen selbst und deren Angehörige),
6. die Leistungserbringer in allen relevanten Versorgungsbereichen zu verstärkter Kooperation und Koordination mit den anderen Anbietern und mit den Nutzern selber anregen, und damit zu kontinuierlichen Qualitätsverbesserungen ihres eigenen Angebots und des Gesamtangebots in einer Versorgungsregion führen und
7. durch eine methodengeleitete Analyse des Ist-Zustands und der Evaluation der erfolgten Umsetzungen eine entscheidende Rückmeldung für die verschiedensten Träger und Betreiber von psychiatrischen Diensten und Einrichtungen darstellen, und sie damit befähigen, ihre eigenen Stärken und Schwächen zu messen und ihre „Markt“-Positionierung im aktuellen sowie im zukünftigen Versorgungsportfolio einschätzen und ausrichten zu können - zusätzlich ist es den Ländern möglich, das Maß der Zielerreichung ihrer Aufgabe, eine quantitativ und qualitativ ausreichende Versorgung der betroffenen Bevölkerung sicherzustellen, zu messen und zu steuern.

Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgungsforschung wird heute aufgrund der explodierenden Gesamtkosten im gesamten Gesundheitswesen und der fieberhaften Suche nach Kostendämpfungsmaßnahmen, aber auch durch die inhaltliche Weiterentwicklung hin zu personenzentrierten Hilfen, vorangetrieben. Dabei spielen Maßnahmen zur ganzheitlichen Ausrichtung der Versorgungsangebote an der jeweils eingeschätzten Bedarfslage und an den persönlichen Bedürfnissen und Interessen der Nutzer dieser Angebote unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten eine zentrale Rolle. Mit der bundesweiten Abstimmung der stationären psychiatrischen Versorgung im ÖKAP/GGP ist ein wesentlicher Schritt in diese Richtung vollzogen.

In einem weiteren – für die Versorgungsqualität ebenso wichtigen – Schritt müssten nun alle zusätzlich versorgungswirksamen, ambulanten und extramuralen Angebote mit ihren Verzahnungen untereinander und mit den stationären Einrichtungen Berücksichtigung finden. Erst eine solche Gesamtplanung wird die erwünschten Qualitäts- und Kostenoptimierungen zu gewährleisten imstande sein.

Die in der 15a-Vereinbarung von allen Ländern diesbezüglich beschlossenen Maßnahmenpakete stellen eine geeignete Grundlage zur Erreichung dieser Ziele dar, müssten allerdings in der hier schon diskutierten Weise durch Miteinbeziehung aller versorgungswirksamen Bereiche erweitert werden. Durch eine vollständige

Zusammenführung aller relevanten Versorgungsstandards in Form von bundesweit verbindlichen Versorgungsplänen und der Übernahme der Umsetzungsverantwortlichkeit durch einzurichtende Länder-Gesundheitsfonds würde sich der Schwerpunkt bei der Länderplanung auf den Aufgabenkomplex konzentrieren, wie und in welcher Organisationsform sich abgestimmte Zielformulierungen bedürfnis-, zeit- und kostengerecht auf der jeweiligen Landesebene punktgenau operativ umsetzen lassen.

A.1.2 Bundesplanung

Bis in die 70er Jahre fiel die Krankenanstaltenplanung in erster Linie in den Kompetenzbereich der Bundesländer. Die jeweiligen Krankenanstaltenpläne waren durch methodische und inhaltliche Unterschiede sowie durch unterschiedliche Verbindlichkeitsgrade charakterisiert.

Aufgrund der Kostensteigerung im Krankenanstaltenbereich, die vor allem seitens der Sozialversicherungsträger zu Finanzierungsproblemen führte, erfolgte 1978 eine Neugestaltung der Finanzierung, die bis 1996 durch die Errichtung des sog. KRAZAF (Krankenanstaltenzusammenarbeits-Fonds) symbolisiert wurde. Mit der Einrichtung des KRAZAF kam es auch zu wesentlichen Neuerungen im Bereich der Planung der stationären Krankenhausversorgung. Das KRAZAF-Fondsgesetz beinhaltete u.a. den gesetzlichen Auftrag für einen Österreichischen Krankenanstaltenplan, der durch verbesserte Koordination der Planung zur Eindämmung der Kostensteigerung beitragen sollte. Gemäß KRAZAF wurde 1993 das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), das bereits in die Erstellung mehrerer Landeskrankenanstaltenpläne eingebunden war, mit der Erstellung eines bundesweiten Krankenanstaltenplanes (unter Bedachtnahme auf die Planungsmaßnahmen der Länder) beauftragt.

In der Gesundheitsreform 1997 wurde die Weiterentwicklung des Krankenanstaltenplanes als Aufgabe des auf Bundesebene eingerichteten Strukturfonds festgelegt. Die Durchführung erfolgte in Zusammenarbeit mit dem ÖBIG. Der erste bundesweit gültige Plan für die Krankenhauskapazitäten (ÖKAP) wurde im Jahr 1994 veröffentlicht. Revisionen erfolgten in den Jahren 1997, 1999, 2001 und auch 2003. Mit der Festlegung der Bettenkapazitäten für die jeweiligen Fachbereiche gibt der ÖKAP wesentliche Rahmenbedingungen für die psychiatrische Krankenhausversorgung und somit für die Detailplanung der stationären psychiatrischen Versorgung in den einzelnen Bundesländern vor.

Als gesetzliche Grundlage für diese bundesweit abgestimmte Grundlagenentwicklung in der psychiatrischen - wie auch in der somatischen - Versorgungsplanung dient die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung. In einem ersten Schritt wurde sie zunächst für die Jahre 1997 bis 2000 getroffen und für die Jahre 2001 bis 2004 durch eine weitere Vereinbarung ersetzt. Ab 2005 wird es eine neue diesbezügliche Vereinbarung geben.

Historischer Überblick über die wesentlichsten Veränderungen im Bereich Psychiatrie

1994

Planungsgegenstand für den Österreichischen Krankenanstaltenplan (ÖKAP) 1994 war ausschließlich die „allgemeine stationäre psychiatrische Versorgung“, die einerseits Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie, sowie Fachabteilungen für Psychiatrie an allgemeinen Krankenhäusern umfasste.

Als Leitlinien werden genannt:

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

Ausgehend von der vorhandenen Bettendichte von 0,77 Betten/1000 Einwohner wird als Zielplanungsgröße ein deutlich niedrigerer Bettenschlüssel zwischen 0,465 und 0,576/1000 Einwohner angeführt. Im Sinne der Dezentralisierung wird für jede Versorgungsregion eine psychiatrische Abteilung in einem Schwerpunktkrankenhaus gefordert, deren Mindestgröße 40 Betten betragen sollte.

Daneben werden auch Versorgungsziele für die Spezialgebiete Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Abhängigkeitserkrankungen angeführt. Im Bereich der Gerontopsychiatrie steht dabei der Ausbau einer bedürfnisorientierten gemeindenahen Versorgung im Vordergrund, wobei jedoch keine quantitativen Angaben für entsprechende Einrichtungen enthalten sind. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie wird ein Bettenschlüssel von 0,1 bis 0,2 Betten/1000 EW genannt. Für die mittel- bis langfristige Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit werden als Planungsgröße 0,1 Betten/1000 EW und für längerfristige Behandlung von Drogenabhängigen 0,04 Betten/1000 EW angeführt. Zudem enthielt der Plan auch eine Übersicht über die psychiatrischen Planungsaktivitäten in den einzelnen Bundesländern, sowie die Forderung nach einem gesamtösterreichischen Psychiatrieplan.

Die Planungsgrößen wurden sehr wesentlich von den Reformplänen der Bundesländer bestimmt, nach denen der Versorgungsschwerpunkt Richtung ambulante und außerstationäre Versorgungsformen verlagert werden und der stationären Krankenhauspsychiatrie demnach eine nachgeordnete Rolle zukommen sollte.

Zusätzlich erwähnenswert ist im Hinblick auf eine länderübergreifende Bundesplanung der psychiatrischen Versorgung die bereits 1994 getroffene Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen (Pflegevorsorgevereinbarung). Sie stellt eine rechtliche Grundlage für die Abstimmung der angebotenen Versorgungsleistungen auf dem Gebiet der außerstationären psychiatrischen Versorgung in den Bereichen Wohnen, Tagesgestaltung und Arbeit sowie in der Versorgung durch die psychosozialen Dienste dar. Darin verpflichteten sich die Länder, im Bereich der sozialen Dienste für einen dezentralen, flächendeckenden Ausbau der ambulanten, teilstationären und stationären Dienste zu sorgen. In den von den Ländern erstellten Bedarfs- und Entwicklungsplänen sollten demnach auch Dienste und Einrichtungen für psychisch behinderte Menschen enthalten sein.

Eine dem Krankenanstaltenbereich vergleichbare länderübergreifende Abstimmung und Planung in diesen Versorgungssegmenten erfolgte bis dato noch nicht. Ein erster Ansatz war die in der ÖBIG-Studie zum strukturellen Bedarf in der psychiatrischen Versorgung 1997 empfohlenen Leistungserfordernisse für den außerstationären psychiatrischen Versorgungsbereich, die in Form von Versorgungsleitlinien und einer Auflistung der relevanten außerstationären Versorgungsbereiche seit 1999 im ÖKAP/GGP enthalten sind.

1997

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

Im Jahr 1997 einigten sich, wie bereits erwähnt, Bund und Länder auf den Abschluss einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung. Ziel dieser Vereinbarung ist eine nachhaltige Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, insbesondere der Gesundheitsplanung, der Qualitätsarbeit, der Gesundheitstelematik und der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung. Als wesentliche Bestandteile dieser Vereinbarung gelten die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) und der ÖKAP/GGP. Diese Vereinbarung wurde vorerst für die Jahre 1997 - 2000 getroffen und fand durch eine neuerliche Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 2001-2004 eine Fortsetzung in ihrer Gültigkeit.

1998

1998 wurde der „strukturelle Bedarf in der psychiatrischen Versorgung“ fortgeschrieben. Der Bericht enthält eine etwas detailliertere Darstellung von Ist- und Soll-Zuständen der Einrichtungen im außerstationären psychiatrischen Bereich für die einzelnen Bundesländer, basierend auf den Daten von 1997. Zusätzlich wird für die Errichtung von Tageskliniken eine Messziffer von 15 bis 20 Tagesklinikplätzen/100.000 Einwohner angegeben. 20% der Plätze sind für betagte Menschen vorzuhalten. Des Weiteren wird ein Leitbild für die gerontopsychiatrische Versorgung beschrieben. Die Bettenmessziffer für die akute gerontopsychiatrische Versorgung wird mit 0,07-0,1 Betten/1000 EW geschätzt. Weitere Fortschreibungen in den Jahren 1999 und 2000 befassten sich mit Dokumentations- und Qualitätsbewertungsgrundlagen, 2001 mit der Evaluierung der bestehenden psychiatrischen Fachabteilungen, 2002 mit der Evaluierung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung und 2003 mit der gerontopsychiatrischen Versorgung.

1999

Der ÖKAP/GGP 1999 führt als Bettenmessziffer für die stationäre Psychiatrie 0,3-0,5 Betten an. Die Abteilungsmindestgröße wird reduziert auf 30 Betten. Der Ausbau der außerstationären Bereiche wird zwar angeführt, allerdings ohne Richtwerte zu nennen. Im Zusammenhang mit der Psychiatrieplanung und den damit verbundenen Konzepten werden folgende Versorgungsgrundsätze und Leitlinien dargestellt: Bedürfnisgerechtigkeit,

Bedarfsgerechtigkeit, Gemeindenähe und Integration, „ambulant vor stationär“, Regionalisierung, Vernetzung und Versorgungsverpflichtung, Integration in die Grundversorgung, Qualitätssicherung, Partizipation.

2000

Die Fortschreibung des „strukturellen Bedarfs in der psychiatrischen Versorgung“ im Jahr 2000 enthält - zusätzlich zu den früheren Versionen - Bedarfszahlen für das Personal im stationären Krankenhausbereich, sowie prozentuelle Angaben über die Verteilung der Berufsgruppen im außerstationären Bereich. Im Zusammenhang mit der Psychiatrieplanung in den einzelnen Bundesländern wird eine Einschätzung über die Versorgungslage im stationären und ambulanten Bereich vorgenommen. In der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG für die Jahre 2001-2004 wird der integrierten, aufeinander abgestimmten Planung aller Bereiche im Gesundheitswesen ein besonderer Stellenwert beigemessen. Durch die Besonderheit der sozialen Verwobenheit der Gesundheitsleistungen in der psychiatrischen Versorgung wären neben dem - in der Vereinbarung definitiv genannten - niedergelassenen Bereich auch alle sonstigen ambulanten, mobilen und komplementären Versorgungsleistungen einzubeziehen.

2001

Im ÖKAP/GGP 2001 blieben die wesentlichen Kennzahlen unverändert. Als neues Element findet sich im Bereich der Spezialgebiete die psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung. Auf der Basis epidemiologischer Studien wurde eine Bettenmessziffer von 0,06 Betten/1000 EW errechnet, was einem Gesamtbedarf von 480 Betten in Österreich entspricht. Dazu gehören Betten in Psychosomatikschwerpunkten, sowie in Abteilungen für Psychosomatik und Psychotherapie. Eine weitere Neuerung stellt die Möglichkeit der Errichtung von Tagesklinikplätzen dar. Tagesklinikplätze zählen dabei wie systemisierte Betten und können nur durch Umwidmung von vollstationären Kapazitäten innerhalb der Planbettenobergrenze eingerichtet werden. Im Zuge der Fortschreibung des strukturellen Bedarfs in der psychiatrischen Versorgung wurden die bestehenden psychiatrischen Fachabteilungen evaluiert und Strukturerefordernisse abgeleitet.

2002

In diesem Jahr war die Analyse der kinder- und jugendneuropsychiatrischen Versorgung Inhalt der Fortschreibung im Rahmen des „strukturellen Bedarfs in der psychiatrischen Versorgung“.

2003

Herausgabe des revidierten ÖKAP/GGP 2003, in dem die Ausführungen zum Psychiatrieplan aus dem ÖKAP/GGP 2001 vollinhaltlich bestätigt und übernommen wurden. Zudem war in diesem Jahr die gerontopsychiatrische Versorgung Inhalt der Fortschreibung im Rahmen des „strukturellen Bedarfs in der psychiatrischen Versorgung“.

A.1.3 Überblick über die Psychiatriepläne der österreichischen Bundesländer

A.1.3.1 Stand der Verfügbarkeit

Von allen neun Bundesländern sind schriftlich verfasste Psychiatriepläne verfügbar:

- **Psychiatrieplan Burgenland 2000 (Oktober 2000)**
- **Kärntner Psychiatrieplan (Oktober 2000)**
- **Niederösterreichischer Psychiatrieplan 2003 (als Evaluation des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995 - September 2003)**
- **Psychiatrieweiterentwicklungsplan Oberösterreich 2002 (Dezember 2002)**
- **Leistungen für psychisch kranke Menschen - Bedarfs- und Entwicklungsplan für Salzburg (Juli 2002)**
- **Konzept für die psychosoziale Versorgung in der Steiermark (April 1998)**
- **Bürgernahe Psychiatrie: Leitlinien für die Reform der psychiatrischen Versorgung in Tirol (Juli 1993)**
- **Die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in Vorarlberg (August 2002)**
- **Psychiatrische und psychosoziale Versorgung in Wien (April 1979)**

Die Erscheinungsdaten und die laufenden Planungsaktivitäten lassen den Schluss zu, dass in allen Bundesländern mehr oder weniger systematische, von landespolitischer Seite beauftragte Planungs- und Umsetzungsaktivitäten im Gange sind (siehe die folgende Tabelle sowie Abb. 1).

Für den folgenden Überblick wurden die Rahmenbedingungen und Inhalte der verfügbaren Länderpläne unter Zuhilfenahme von ausgewählten Kernelementen der gängigen Versorgungsplanung geordnet. Neben dem allgemeinen Grundtenor werden dabei insbesondere länderspezifische Besonderheiten hervorgehoben.

Diese Darstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll in erster Linie eine Gesamtschau ermöglichen. Für eine detaillierte Betrachtung der jeweiligen Inhalte wird auf die Pläne selbst verwiesen, die über die zuständigen Landesabteilungen erhältlich sind. Die Übersichtstabelle auf der folgenden Seite wird in den darauf folgenden Abschnitten erläutert.

A.1.3.2 Auftraggeber

Als Auftraggeber fungiert bei allen verfügbaren Plänen die jeweilige Landesregierung, im Speziellen die zuständigen Landesabteilungen. Eine kritische Schnittstelle ist in jenen Bundesländern zu orten, in denen eine Kompetenzaufteilung innerhalb der Verwaltungshoheit zwischen Sozial- und Gesundheitsressort gegeben ist, was sich in einer teilweise aufgetrennten Zuständigkeit für außerstationäre und stationäre Versorgung niederschlägt. So gelang es in Salzburg erst im zweiten Planungsschritt (2002) die Gesundheitsabteilung mit einzubeziehen. In Oberösterreich war lediglich die Sozialabteilung Auftragsgeber, womit sich die Verbindlichkeit des Plans vermutlich auf deren Zuständigkeitsbereiche beschränkt. Die Evaluation des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995, aus der schlussendlich der NÖ Psychiatrieplan 2003 hervorging, erfolgte im Auftrag des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds für sämtliche Bereiche der Versorgung.

A.1.3.3 Verfasser

Im Burgenland, sowie in Niederösterreich, Tirol und Vorarlberg sind die Verfasser klinische Experten aus dem stationären psychiatrischen Versorgungsbereich. Für Niederösterreich wurde der Vorstand der Universitätsklinik für Psychiatrie Wien beauftragt. Im Burgenland sowie in Tirol und Vorarlberg sind die beauftragten Experten innerhalb der psychiatrischen Versorgungsstruktur des jeweiligen Bundeslandes auch klinisch tätig. In Wien wirkte der zuständige Gesundheitsstadtrat in Zusammenarbeit mit einem psychiatrischen Experten federführend.

Für Kärnten wurde das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) beauftragt. Ebenfalls durch das ÖBIG erfolgte für Wien die 2002 erstellte Evaluierung des Zielplans 1979.

In den Bundesländern Salzburg, Steiermark und Oberösterreich treten die jeweils zuständigen Landesabteilungen federführend und koordinierend auf. Die Sozialabteilung in Oberösterreich bediente sich einer externen Agentur für die Niederschreibung der Ergebnisse aus den diversen Arbeitskreisen und für die Erstellung der Endfassung des Plans. In der Steiermark arbeitete eine Expertengruppe unter der Leitung der Rechtsabteilung des Landes. In Salzburg lag die Koordination des Projektteams und der Planungsveranstaltungen bei der Sozialabteilung in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsabteilung.

Neben den angegebenen Hauptverfassern wurden gerade bei den jüngsten Planerstellungen auf die Einbindung aller relevanten Interessens- und Entscheidungsträger („Stakeholder“) großer Wert gelegt.

Eine maßgebliche Beteiligung von Angehörigen und Betroffenen (im Sinne des Dialogs) wurde in den Plänen von Niederösterreich, Kärnten, Salzburg, Vorarlberg und Oberösterreich angegeben. In Niederösterreich und Oberösterreich ist neben der Beteiligung der Betroffenen an der Planerstellung auch ihre Einbindung in die Umsetzungspraxis ein zentrales Thema.

A.1.3.4 Relevanz

Beschlussfassungen zu den Plänen durch die jeweiligen Landesgremien liegen in allen Bundesländern vor.

In Tirol und kürzlich in Niederösterreich wurden zudem Beschlüsse zu Teilumsetzungen gefasst. In Niederösterreich werden dabei im Rahmen von modellhaften

Umsetzungsprojekten in ausgewählten Regionen empirisch begründete Entscheidungsgrundlagen für eine flächendeckende Landesversorgung erarbeitet. Auch in den anderen Bundesländern ist aufgrund der strukturell verankerten Verbindlichkeit der jeweiligen Pläne davon auszugehen, dass der jeweilige Plan als Entscheidungsgrundlage für Umsetzungen dient, die innerhalb der zuständigen Landesabteilungen je nach Anlassfall getroffen werden. Anzunehmen ist, dass sich bei Entschlüssen zu konkreten Umsetzungsmaßnahmen aus den Plänen naturgemäß eine viel höhere Verbindlichkeit ergibt, als dies bei bloßer Bezugnahme auf beschlossene Pläne der Fall ist.

Der oberösterreichische Psychiatrieweiterentwicklungsplan beschränkt sich in seiner Verbindlichkeit hauptsächlich auf den Zuständigkeitsbereich der Sozialabteilung - und damit auf den dort verankerten außerstationären Versorgungsbereich. Für die versorgungswirksamen Dienste und Einrichtungen im Zuständigkeitsbereich anderer Landesabteilungen - wie der für die stationäre Versorgung zuständige Sanitätsdirektion - wurden lediglich Empfehlungen zur Abstimmung vorhandener Schnittstellen formuliert.

In Salzburg wurde ebenfalls erst kürzlich in einem zweiten Planungsprozess ein seit 1998 bestehendes Konzept zur außerstationären Versorgung durch die Einbeziehung der Leistungen des Gesundheitsbereiches ergänzt. Dabei trat weiterhin die Sozialabteilung als federführend auf, womit sich auch hier unterschiedliche Grade in der Verbindlichkeit der Umsetzungsempfehlungen ergeben könnten.

In der Steiermark besteht eine planerische „Hauptzuständigkeit“ des Gesundheitsressorts, wenn auch viele Einrichtungen aus den Pflichtausgaben des Sozialressorts über das Behindertengesetz, zum Teil auch das Sozialhilfe- und Jugendwohlfahrtsgesetz finanziert werden. Es kommt auch ein wichtiger Teil der Mittel aus Subventionen des Gesundheitsressorts und dem SKAFF (Steiermärkischer Krankenanstaltenfinanzierungsfond). Die Psychiatriekoordinatorin ist deshalb auch an der Fachabteilung für Gesundheitswesen (Landessanitätsdirektion) verankert.

Diese strukturellen Stolpersteine bei der Zusammenführung der Gremien in einem gemeinsamen Planungsprozess resultieren oftmals aus dem Umstand, dass in das breite Spektrum der psychiatrischen bzw. psychosozialen Leistungen mehrere politische Ressortzuständigkeiten gleichzeitig hineinwirken. Nicht selten wechseln diese Zuständigkeiten auch mit dem Eintreten in neue Legislaturperioden, was einen Abstimmungsprozess noch zusätzlich erschweren kann. In der Regel ist es ja so, dass bei den versorgungswirksamen psychiatrischen Leistungen eine grundsätzliche politische und verwaltungsorganisatorische Aufteilung zwischen Gesundheitsleistungen und Sozialleistungen erfolgt.

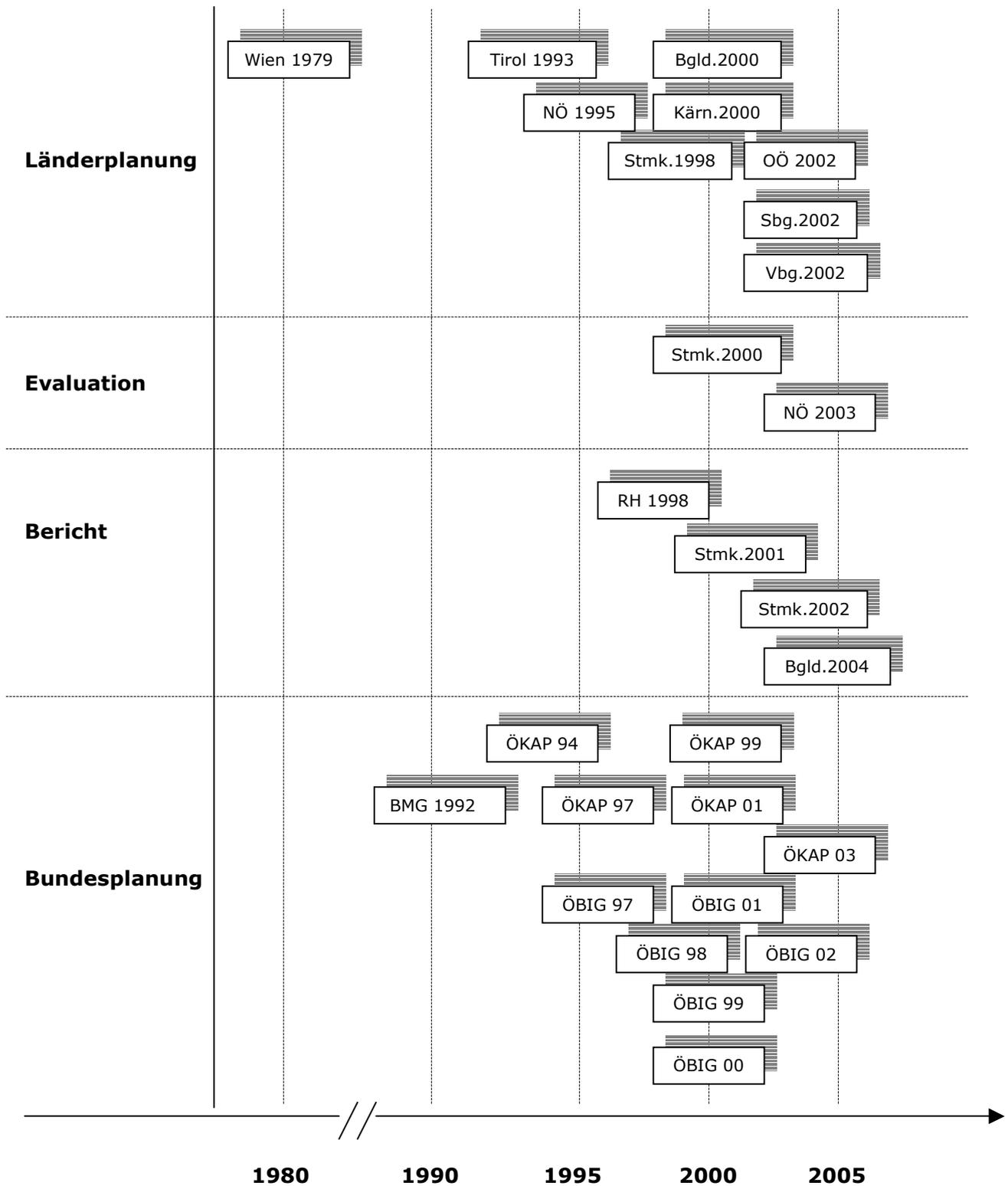
Diese in Österreich gängige Aufteilung korrespondiert auch mit einer gleichlaufenden Aufteilung in den Finanzierungszuständigkeiten und Finanzierungssystemen. Eine Zusammenlegung in einem politischen Ressort verspricht neben einer Steuerungs- und Koordinationsoptimierung auch ein effizientes Nutzen von Synergieeffekten.

A.1.3.5 Evaluationen, Fortschreibungen und Berichte

Zusätzlich zu den Veröffentlichungen der Länder-Psychiatriepläne erschienen folgende weiterführende bzw. ergänzende Arbeiten mit Planungsrelevanz:

Für das **Burgenland** und für **Kärnten**, die erst 2000 ihre ersten Psychiatriepläne erstellten, sind aufgrund der noch zu geringen, verstrichenen Zeitspanne keine Evaluationen oder Fortschreibungen verfügbar. Über den Psychosozialen Dienst Burgenland – GmbH liegt ein Jahresbericht 2002 vor; 2004 erschien nun ein „Psychiatriebericht Burgenland 2003“.

Abb.1: Zeitliches Entwicklungsdiagramm der psychiatrischen Länder- und Bundesplanung in Österreich



Für **Niederösterreich** erfolgte ab Juli 2000 die Evaluation und Fortschreibung des Psychiatrieplans 1995, die im September 2003 abgeschlossen wurde¹⁵. Der Endbericht umfasst neben den Ergebnissen der Evaluierung auch aktuelle Konzepte und Umsetzungsempfehlungen zu sämtlichen Versorgungsbereichen. Dieser Endbericht wurde vom Ständigen Ausschuss und der Fondsversammlung des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds noch im Jahr 2003 als NÖ Psychiatrieplan 2003 zustimmend zur Kenntnis genommen. Des Weiteren wurden Modellregionen zur Umsetzung und Erprobung der empfohlenen Versorgungsmodelle beschlossen, wofür eine eigene Umsetzungsprojektstruktur eingesetzt wurde.

1994 wurde vom Land **Oberösterreich** ein „stationäres Psychiatriekonzept“ beschlossen, das die Dezentralisierung und Regionalisierung der stationären Versorgung vorsieht. 1996 erfolgte eine den Empfehlungen des Rechnungshofs Rechnung tragende Neufassung. Dieses Konzept ging allerdings voll im OÖKAP auf und hat nur mehr historische Bedeutung. Die Verbindlichkeit des 2002 vorgelegten Psychiatrieweiterentwicklungsplans wird sich voraussichtlich auf den Zuständigkeitsbereich der Sozialabteilung – und damit auf den außerstationären Versorgungsbereich – beschränken. Für die versorgungswirksamen Dienste und Einrichtungen im Zuständigkeitsbereich anderer Landesabteilungen wurden, wie erwähnt, lediglich Empfehlungen zur Abstimmung vorhandener Schnittstellen formuliert.

Für **Salzburg** gibt es eine im Jahr 1998 beschlossene Fassung über die außerstationäre Versorgung. Dieser erste Planungsprozess wurde im Juli 2002 um einen zweiten Planungsprozess ergänzt, in dem der Gesundheitsbereich einbezogen wurde, und der nun den aktuellen Bedarfs- und Entwicklungsplan für Salzburg darstellt. Darüber hinaus gibt es für Salzburg eine Veröffentlichung zur psychiatrisch-psychozialen Versorgungsplanung¹⁶ und einen Vorschlag jüngerer Datums der Ärztekammer Salzburg für die psychiatrisch-psychoziale Versorgung¹⁷.

Für die **Steiermark** wurde ein Bericht über den Stand der Umsetzung des „Konzeptes für die psychoziale Versorgung der Steiermark“ im Jahr 2000 erstellt. Für 2001 und 2002 liegen Jahresberichte über die extramurale Psychiatrie in der Steiermark vor, die auf Daten eines von der Plattform Psyche mit den Trägern erarbeiteten standardisierten Basisdokumentationssysteme beruhen. Bemerkenswert erscheint die 2002 von den Trägern und der Sozialabteilung durchgeführte Erstellung von Leistungsstandards, als Grundlage für die Bepreisung der, durch die Leistungs- und Entgeltverordnung des BHG neu (2004) betroffenen, psychozialen Versorgungsmodule.

In **Wien** wurde schon 1979 ein Plan für die psychoziale Versorgung erstellt. Dieser Plan ist mehr als historisch denn als aktuell bedeutsam einzustufen. Das ÖBIG erstellte 2002 eine von der Stadt Wien beauftragte Studie zu den „Grundlagen für die integrierte psychiatrische Versorgung in Wien“.

Erwähnt seien noch zwei historisch bedeutsame Referenzquellen, die für einige der vorliegenden Planungen von Relevanz ausgewiesen wurden; es sind dies „Die Empfehlungen der deutschen Expertenkommission“ (1988)¹⁸ und „Die Empfehlungen für die zukünftige psychiatrische Versorgung der Bevölkerung Österreichs“ (1992)¹⁹.

¹⁵ www.noegussoziales.at

¹⁶ Brückl J., R. Danzinger, R. Stelzig, M. Wieser (Hrsg.); Psychiatrisch-psychoziale Versorgung im Bundesland Salzburg, Edition pro Mente, Linz 1994

¹⁷ Stuppäck, Fartacek, Leeb, Vital, Hittenberger; Die Psychiatrisch-Psychoziale Versorgung im Bundesland Salzburg. Der Salzburger Arzt 1999(10)12-14

¹⁸ Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit: Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. 11. November 1988

¹⁹ „Empfehlungen für die zukünftige psychiatrische Versorgung der Bevölkerung Österreichs“, Mitteilungen der Österreichischen Sanitätsverwaltung, 93. Jahrgang, Heft 9, 15. September 1992

A.1.3.6 Form und Konzeptualisierung

Die verfügbaren und hier berücksichtigten Psychiatriepläne der Länder können – in Konkordanz mit ihrem zeitlichen Entstehungsdatum – den drei folgenden Arten von Herangehensweisen zugeordnet werden:

Die frühe Phase der Psychiatrieplanung (70er- und 80er-Jahre)

In diese Phase fällt der Wiener Zielplan aus dem Jahr 1979, der auf ein Planungspapier der Wiener Universitätsklinik für Psychiatrie zurückgreift. In diesem frühen Stadium standen erst wenige Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung zur Verfügung. Die Grundlagen für psychiatrische Versorgungskonzepte entwickelten sich aus einem sozialwissenschaftlichen Ansatz heraus, bei dem der Zusammenhang zwischen psychiatrischem Behandlungserfolg und sozialen Kontextvariablen erstmals systematisch in den Vordergrund gerückt und wissenschaftlich untersucht wurde. Insbesondere die Erforschung der Folgen langfristiger Hospitalisierung von psychiatrischen Patienten und damit die durch die Behandlungsbedingungen selbst verursachten Störungen (Hospitalismus bzw. Institutionalismus) flossen in fortschrittliche, psychiatrische Versorgungskonzepte ein.

Diese Phase ist durch eine verstärkte Wertediskussion vor einem ethischen und gesellschaftspolitischen Hintergrund charakterisiert und durch eine Kritik an bestehenden Versorgungsstrukturen auf der Basis internationaler Modelle und Entwicklungen begleitet. Die integrative Gleichstellung von Personen mit psychischen Erkrankungen und Personen mit somatischen Erkrankungen einerseits und Ansätzen zur Regionalisierung und Dezentralisierung der Versorgungsstrukturen andererseits bildeten das Kernstück der damaligen Reformbestrebungen. Neben dem Versuch einer psychiatrischen Gesamtplanung, wie sie in Wien durchgeführt wurde, gab es beispielsweise in Niederösterreich ebenfalls einen systematisch durchgeführten Reformprozess, der mit seinen vielfältigen Orientierungen und Ausformungen in dem 1985 herausgegebenen Sammelband „Gugging – Versuch einer Psychiatriereform“ zusammenfassend dargestellt wurde. Ein frühes Dokument über die stationäre psychiatrische Versorgung zu Beginn der 70er Jahre ist die im Auftrag des ÖBIG durchgeführte Studie von Katschnig, Grumiller und Strobl (1974)²⁰ zur Inzidenz und Prävalenz stationär behandelter psychiatrischer Patienten, die gleichsam Basiswerte für die Reform der psychiatrischen Versorgung in den folgenden Jahrzehnten liefert (so waren etwa am 20.06.1974 über 11.000 Patienten in stationärer Behandlung, während es 2001 bereits weniger als 5000 waren).

Die mittlere Phase der Psychiatrieplanung (90er-Jahre)

In diese Phase fallen die Länderpläne von Tirol (1993), Niederösterreich (1995) und Steiermark (1998). Zusätzlich zu den Erkenntnissen und Erfahrungen aus den Reformprozessen der 70er und 80er-Jahre fanden Ergebnisse aus den Gebieten der medizinsoziologischen, epidemiologischen und der Public-Health-Forschung Eingang in die Psychiatriepläne dieser Zeit. Der komplexen Vielfalt und Ganzheitlichkeit eines optimalen Versorgungssystems wurden die tatsächlich vorhandenen diskontinuierlichen Verantwortlichkeiten und Finanzierungsgebarungen entgegengestellt, um davon abgeleitet Optimierungsschritte im Sinne von Leitlinien zu empfehlen.

²⁰ Katschnig H., I. Grumiller, R. Strobl: Daten zur stationären Psychiatrischen Versorgung Österreichs. Teil 1: Inzidenz, Teil 2: Prävalenz. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 1975

Beispielhaft für Qualitätsoptimierungen in der psychiatrischen Versorgung standen

- Bedarfsgerechtigkeit und Bedürfnisorientierung,
- Gemeindenähe mit Dezentralisierung und Regionalisierung der Versorgungsangebote,
- Gleichstellung psychiatrischer Patienten mit körperlich Kranken und Integration der psychiatrischen Versorgung in das System der allgemeinen Gesundheitsversorgung,
- Aufbau und Sicherung von Kooperationsstrukturen auf Patienten- und Institutionenebene

Orientiert an international verfügbaren epidemiologischen Daten und Versorgungskennzahlen (z.B. Empfehlungen der deutschen Expertenkommission aus dem Jahr 1988) fanden sich in den Versorgungskonzepten eine Auflistung und Beschreibung der versorgungswirksamen Dienste und Einrichtungen und eine Schätzung der Bedarfswerte in den Bereichen

- (teil-)stationäre Versorgung
- ambulante Versorgung
- komplementäre Versorgung mit den Bereichen „Wohnen“ „Arbeit“ und „Freizeit“.

In dieser Phase erfolgte die schon beschriebene Erstellung eines bundesweiten Krankenanstaltenplanes (ÖKAP 1994), womit die Initialzündung für einen nachhaltigen, länderübergreifenden Gesamtplanungsprozess in der stationären medizinischen Versorgung erfolgte (siehe „Bundesplanung“). Dem schloss sich 1997 die Studie zur Ermittlung des strukturellen Bedarfs in der gesamtpsychiatrischen Versorgung an, um auf diese Weise das ganzheitliche Zusammenwirken zwischen den stationären, teilstationären, ambulanten und komplementären Versorgungsbereichen zu erfassen. Beide Planungsgrundlagen werden seither fortgeschrieben und bilden somit die bundesweiten Grundlagen für die länderspezifischen Planungsausprägungen in der gesamtpsychiatrischen Versorgung.

Im Jahr 1998 schließlich erstellten die zuständigen Landesrechnungshöfe Wahrnehmungsberichte zur psychiatrischen Versorgung in den Bundesländern. Die dabei gewählte Vorgangsweise erfolgte in einer untereinander abgestimmten Weise und führte als Ergebnis einerseits zu allgemeinen Empfehlungen, die sich für alle Bundesländer gleich gestalteten, und andererseits zu besonderen Empfehlungen, die sich speziell auf das jeweilige Bundesland bezogen.

Die allgemeinen Empfehlungen orientierten sich dabei an den gängigen Leitlinien und konzentrierten sich auf

- die Schaffung von dezentralen Versorgungsstrukturen und Einrichtung von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäuser,
- den Auf- und Ausbau extramuraler Versorgungsstrukturen bei gleichzeitigem Abbau der kostenintensiveren stationären Ressourcen,
- die verstärkte Versorgung von psychiatrischen Langzeitpatienten in gemeindenahen Einrichtungen,
- den Ausbau „therapeutischer“ Personalressourcen bei gleichzeitiger Verringerung von pflegerischen Personalressourcen,
- die Erhöhung der Zahl an Kassenverträgen für Fachärzte,
- die Fortbildungsmaßnahmen zum Umgang mit zwangsweise angehaltenen Patienten.

Zu den Psychiatrieplänen schrieb der Rechnungshof zusammenfassend: „Nach Ansicht des RH waren die Zielvorgaben der verfügbaren Landes-Psychiatriepläne geeignet, eine

zeitgemäße, gemeindenahе und patientengerechte psychiatrische Versorgung zu ermöglichen und damit die von ihm beanstandeten Mängel mittelfristig zu beseitigen. Allerdings empfahl der RH, die Umsetzung der Psychiatriepläne voranzutreiben.“

Die aktuelle Phase der Psychiatrieplanung (2000-2003)

Kennzeichnend für diese Phase der Psychiatrieplanung (seit 2000) ist das fortgesetzte Bestreben, die in der psychiatrischen Versorgung nach wie vor vorhandene Verwaltungs- und Finanzierungsaufftrennung in Gesundheitsleistungen und Sozialleistungen durch geeignete Konzepte zu überbrücken bzw. zu überwinden.

Mit der Schreibung von Länderplänen für das Burgenland (2000), für Kärnten (2000), Salzburg (2002), Vorarlberg (2002) und schlussendlich Oberösterreich (2002) wurden die Reihe der Planungsaktivitäten in den Bundesländern vervollständigt. In Niederösterreich erfolgte eine umfassende Evaluation des NÖ Psychiatrieplans 1995 und dessen Fortschreibung in Form des NÖ Psychiatrieplans 2003. Bemerkenswert ist bei den neueren Psychiatrieplankonzepten eine Entwicklung hin zu einer funktionalen Planung, die sich auf die Beschreibung der notwendigen Versorgungsleistungen und nicht nur - wie das früheren Vorgehensweisen entsprach - auf die jeweiligen Versorgungsbausteine konzentriert - eine Entwicklung, die durch Modelle wie den „Personenzentrierten Ansatz“ der Aktion Psychisch Kranke oder das „Neue Steuerungsmodell“ für die Restrukturierung der öffentlichen Verwaltung in der BRD stark vorangetrieben wird.

Diese funktionale Planung fördert integrative Versorgungsmodelle, in denen eine Überbrückung zwischen den beiden historisch getrennten Bereichen der stationären und außerstationären Versorgung angestrebt wird.

In Oberösterreich und Salzburg wurde zwar diese Methodik zur Planerstellung gewählt, allerdings ist dabei kritisch anzumerken, dass sich Auftragserteilung und -ausführung der Pläne auf die Zuständigkeitsbereiche der jeweiligen federführenden Sozialabteilungen begrenzt hielten, und somit eine gleichverantwortliche Zusammenführung aller in das psychiatrische Versorgungssystem hineinwirkenden Hoheitszuständigkeiten nur bedingt erreicht werden konnte. Diese Auftrennung führte in der Praxis zu einer Konzentration auf die außerstationäre Planerstellung, bei der die stationären Gegebenheiten zwar mitberücksichtigt wurden, aber nicht ausdrückliches Planungsthema waren. Der Grund für diese Entwicklung kann in der zwischen Bund und Ländern abgestimmten Krankenanstaltenplanung durch den ÖKAP/GGP gesehen werden, wodurch sich eine gesonderte Planung der (teil-)stationären psychiatrische Angebote in einem umfassenden psychiatrischen Länderplan zu erübrigen scheint. Für die außerstationäre psychiatrische Versorgung ist eine vergleichbare Vereinbarung gemäß der §15 a-BVG in Aussicht gestellt aber noch nicht annähernd erreicht.

Dieser Ebenenwechsel in der Zuständigkeit zwischen Bundesebene im Gesundheitsbereich und Länderebene im Sozialbereich birgt das Hindernis in sich, die Planung und Steuerung der Schwerpunktbereiche „Krankenanstalten“ und „außerstationärer Bereich“ nur unzureichend abstimmen zu können, was nicht zuletzt durch Heterogenität der Finanzierung und den daraus resultierenden Mängeln in den Finanzierungsübergängen noch verschärft wird.

Lediglich im Niederösterreichischen Psychiatrieplan 2003 konnte aufgrund der integrierten Auftragslage durch die zuständigen Ressorts das funktionale Modell des personenzentrierten Ansatzes als eine der zentralen Leitlinien konsequent für alle Versorgungsbereiche durchgehalten werden, womit neben den Umsetzungsempfehlungen zu den notwendigen Diensten und Einrichtungen gerade auch Empfehlungen zu

integrierten Steuerungs-, Koordinations- und Finanzierungsmodellen wesentliche Kernelemente der Planung darstellen.

Wie schon in der zeitlich vorangegangenen Phase setzte sich auch in den aktuellen Plänen die Regionalisierung der Versorgungsangebote durch die Festlegung von psychiatrischen Versorgungsregionen fort²¹. Dabei geht das Burgenland von zwei Versorgungsregionen aus, Kärnten von vier, Niederösterreich von sieben, Oberösterreich von sechs, Salzburg von zwei, die Steiermark von sieben, Tirol von fünf und Wien von acht Versorgungsregionen. Diese Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung stellt eine Vorgangsweise dar, die sich mittlerweile auch in den Planungen der allgemeinen Gesundheitsversorgung wieder findet. So soll Österreich laut ÖBIG künftig in 32 Gesundheitsversorgungsregionen eingeteilt werden womit eine optimale Planung, Steuerung und Finanzierung vorerst aller Spitalsleistungen und in weiteren Schritten auch der außerstationären Gesundheitsleistungen erreicht werden soll.

In Niederösterreich beispielsweise wurden insgesamt fünf solcher Versorgungsregionen definiert, an denen sich auch die sieben psychiatrischen Versorgungsregionen orientieren (drei Gesundheitsregionen sind identisch mit den Psychiatrieregionen, zwei Gesundheitsregionen sind in jeweils zwei Psychiatrieregionen geteilt).

Gleichlaufend mit der hier aufgezeigten Entwicklung zur Vervollständigung der Länderpläne gingen einige Länder schon in die Phase der ersten Evaluationen und Fortschreibungen über. In der Steiermark wurde 2000 ein Bericht über den Stand des Versorgungskonzepts aus 1998 verfasst, dem ein Sollkonzept und eine Prioritätensetzung angefügt wurden. Es folgten ein Jahresbericht 2001 über die extramurale Psychiatrie in der Steiermark und ein Psychiatriebericht Steiermark 2002. In Niederösterreich wurde eine breit angelegte Evaluation des Psychiatrieplans aus dem Jahr 1995 und dessen Fortschreibung in Form des NÖ Psychiatrieplans 2003 abgeschlossen. Die erfolgte Beschlussfassung sieht die praktische Umsetzung und Erprobung der empfohlenen Versorgungsmodelle in Form von umfassenden lebensfeldzentrierten Unterstützungsdiensten sowie Krisendiensten in vorerst drei Modellregionen vor. Weiters soll das Modell der psychiatrischen Tagesklinik in den zwei empfohlenen Varianten erprobt werden: in Form einer räumlichen Anbindung an das Regionale Zentrum für seelische Gesundheit (psychiatrische Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus) sowie in einer dislozierten Form. Die Optimierung des konsiliarpsychiatrischen Dienstes ist ebenfalls ein Ziel.

Die zukünftige Entwicklung der Psychiatrieplanung

Die herkömmliche – und noch gängige – Vorgangsweise bei der Erstellung von Psychiatrieplänen birgt die Gefahr in sich, dass die darin enthaltenen konkreten Umsetzungsempfehlungen bald nach Erscheinen und Beschluss des Planes aufgrund einer sich laufend ändernden Bedarfslage nicht mehr zeitgemäß erscheinen.

Länderpsychiatriepläne werden zukünftig mehr die Form eines dynamisches Regelwerks von miteinander verknüpften, strategisch-steuernden und operativ-ausführenden Prozessen annehmen müssen, die getragen werden von kompetenten Personengremien bei gleichzeitiger Partizipation aller relevanten Interessensgruppen unter Einsatz gültiger und vergleichbarer Methoden und sich kontinuierlich an den sich wechselnden Bedarf anpassen.

²¹ Eine Ausnahme bildet Vorarlberg, wo für das gesamte Bundesland nur ein Standardversorgungsgebiet mit einem psychiatrischen Krankenhaus (LKH Rankweil) konzipiert ist, die außerstationären Dienste und Einrichtungen hingegen auf Bezirksebene regionalisiert angeboten werden sollen.

Insbesondere werden dabei folgende kritischen Erfolgsfaktoren immer größerer Bedeutung gewinnen:

- Konzentration der Gesamtplanung auf der Bundesebene unter gleichberechtigter Einbindung der Länder (im Sinne der 15a-Vereinbarung), auch für den außerstationären Bereich.
- Anpassungsplanung der Detailschritte mit konkreten Umsetzungsmechanismen auf der Länderebene.
- Einsatz von Umsetzungsgremien auf Länderebene, die nach der Implementierung der geplanten Prozesse auch die laufenden Evaluationen übernehmen und in aggregierter Form auf die steuernde Bundes-Planungsebene rückmelden.
- Verstärkte Einbindung aller relevanten Anspruchsgruppen, insbesondere aber der Betroffenen selbst, in die Planung, Umsetzung und Evaluation.
- Implementierung von strukturell verankerter Nutzerbeteiligung und Nutzerkontrolle im gesamten Versorgungssystem, und zwar sowohl im strategischen als auch operativen Bereichen.
- Erstellung von standardisierten „Methoden- und Maßnahmen-Katalogen“, die eine effektive und effiziente Maßnahmenumsetzung ermöglichen und ständig aktualisiert werden.
- Klarere Vorgaben von zeitlichen und finanziellen Rahmenbedingungen, Schritten und Verantwortlichkeiten zur Sicherung der kontinuierlichen Weiterentwicklung.
- Klare Formulierung von eindeutigen Versorgungsaufträgen bis hin zu Vertragsabschlüssen zu den verschiedenen Bereichen zwischen Land und Trägern.

A.1.3.7 Umsetzungsorganisation

Bis auf Salzburg und Vorarlberg werden in allen anderen sieben verfügbaren Landesplänen Koordinatoren für die Umsetzung und Weiterentwicklung der Pläne vorgeschlagen. Im Burgenland, in der Steiermark und in Tirol sind diese bereits eingesetzt. In Niederösterreich hat der Bereich Soziales des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds die Aufgabe der Umsetzung des niederösterreichischen Psychiatrieplanes inne, jedoch wurde kürzlich ein eigener Psychiatriebauftragter ernannt. Für die erprobende Umsetzung der im neuen Niederösterreichischen Psychiatriepan 2003 vorgeschlagenen Versorgungsmodelle der personenzentrierten Unterstützungsfunktion durch den Psychosozialen Dienst, eines telefonischen, ambulanten und mobilen Krisendienstes, der lebensfeldzentrierten Wohnbetreuung sowie der psychiatrischen (auch dislozierten) Tageskliniken und der konsiliarpsychiatrischen Versorgung wurde eine eigene Projektstruktur eingesetzt. In Salzburg soll die Gesamtkoordination durch die Landesregierung erfolgen. Für Detailumsetzungen werden zur Abstimmung der Financiers und der Leistungsanbieter regionale Arbeitskreise gebildet, wie sie für Salzburg Stadt und den Pongau schon gebildet wurden.

In Tirol wurde zusätzlich zum Koordinator ein Psychiatriebeirat in trialogischer Zusammensetzung eingerichtet, aus dem heraus Arbeitsgruppen für bestimmte Teilbereiche tätig werden. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist darin noch nicht vertreten. Für den Suchtbereich gibt es einen eigenen, unabhängigen Beirat. Der Psychiatriekoordinator wurde mit der Initiierung eines gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Region Kufstein beauftragt.

A.1.4 Finanzierungsstrukturen und finanzielle Anreizwirkungen in der psychiatrischen Versorgung Österreichs²²

Wie die vorangehenden Ausführungen zeigen, ist die psychiatrische Versorgung in Österreich durch ein vielschichtiges Versorgungssystem charakterisiert, das Elemente sowohl aus dem Gesundheits- als auch aus dem Sozialbereich beinhaltet. Bedingt durch die historische Entwicklung des österreichischen Wohlfahrtsstaats und durch seine föderalistische Struktur sind die Finanzierungsstrukturen dieses Versorgungssystems äußerst komplex gestaltet. Das betrifft sowohl die Mittelaufbringung, also die beteiligten Kostenträger, als auch den Mitteltransfer, worunter die Finanzierungsflüsse, die Finanzierungssicherheit und Kontinuität sowie die Vergütungsformen zu verstehen sind.

Die Kompetenztatbestände der Bundesverfassung sind im Gesundheits- und Sozialbereich in erster Linie auf die Grundsatzgesetzgebung beschränkt, die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung obliegt den Ländern. Manche Rechtsbereiche (z.B. Sozialhilferecht) erlauben zudem zum Teil eine relativ breite Auslegung²³. Daraus resultiert, dass die Finanzierungsstrukturen im Detail erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern aufweisen. Nachfolgend werden am Beispiel des Bundeslands Niederösterreich die Finanzierungsstrukturen für die gesamtpsychiatrische Versorgung im Überblick dargestellt, wodurch die Grundproblematik deutlich wird (s. auch die Abbildung am Ende dieses Abschnittes)²⁴.

A.1.4.1 Kostenträger

Aufgrund der Rechtszersplitterung zwischen den Gebietskörperschaften sind verschiedene Kostenträger des öffentlichen Sektors in die Finanzierung eingebunden. Im Bereich „Gesundheit“ sind dies die Sozialversicherung, Bund, Land und Gemeinden. Im Sozialbereich sind die öffentlichen Financiers in erster Linie Land und Gemeinden, zu einem geringen Teil auch der Bund, das Arbeitsmarktservice (AMS), das Bundessozialamt und der Europäische Sozialfonds. Einzelne Kostenträger können demnach in jeweils unterschiedlichen Funktionen an der Finanzierung der psychiatrischen Versorgung beteiligt sein. So ist beispielsweise das Land Niederösterreich einerseits in der Funktion als Sozialhilfeträger andererseits in der Funktion als Krankenanstaltenträger in die Finanzierung der Leistungen eingebunden.

Neben den öffentlichen Mitteln spielen auch private Mittel der Patienten in der Form von Selbsthalten, Kostenbeiträgen oder Gebühren eine wesentliche Rolle. Dem privaten Bereich ist außerdem die informelle Arbeit (in Familie, Nachbarschaft und anderen Primärgruppen) zuzurechnen. Von weiterer Bedeutung ist die ehrenamtliche Arbeit, die zwar in der Finanzierungsrechnung der jeweiligen Träger nicht unmittelbar zu Buche schlägt, aber gerade im außerstationären Bereich oft eine enorme Finanzierungsentlastung für die Kostenträger bedeutet.

A.1.4.2 Mitteltransfer

Der Mitteltransfer ist vor allem durch eine Fragmentierung in unterschiedliche Finanzierungsströme charakterisiert. So werden zum einen psychiatrische Leistungen des

²² Dieser Text basiert auf den Ergebnissen, die im Rahmen der Erstellung des NÖ Psychiatrieplanes 2003 erarbeitet wurden.

²³ Pfeil, W. 2001. Vergleich der Sozialhilfesysteme der österreichischen Bundesländer. Wien: BMSG.

²⁴ Katschnig H., Denk P., Weibold B.: Evaluation des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995; gleichzeitig Niederösterreichischer Psychiatrieplan 2003, www.noegussoziales.at

Gesundheitsbereichs getrennt von Leistungen des Sozialbereichs finanziert, aber auch innerhalb der Bereiche „Gesundheit“ und „Soziales“ finden sich getrennte Finanzierungsmodi. Diese Finanzierungsmodi bestimmen sehr wesentlich die Aufspaltung der Versorgung in einzelne Versorgungsfragmente.

In Niederösterreich wird die stationäre Krankenhauspsychiatrie über den niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds/Bereich Gesundheit („NÖGUS Gesundheit“) finanziert, dessen Mittel aus den gesetzlich festgelegten Beiträgen der Krankenanstaltenfinanziers stammen (vgl. A.1.5 LKF-System), während der ambulante/niedergelassene Bereich direkt nach den ausgehandelten Privatverträgen zwischen Ärztekammer und Sozialversicherungsträgern finanziert wird.

Innerhalb des Sozialbereichs wurde als Pendant zum „NÖGUS Gesundheit“ in Niederösterreich der niederösterreichische Gesundheits- und Sozialfonds/Bereich Soziales („NÖGUS Soziales“) gegründet. Ein Teil der Einrichtungen für psychisch Kranke im Sozialbereich wird direkt oder indirekt über diesen Fonds, der aus Steuermitteln des Landes gespeist wird, finanziert, während ein anderer Teil über die Sozialabteilung des Landes Niederösterreich finanziert wird. Für einen Großteil der Einrichtungen werden nach dem Subsidiaritätsprinzip private Mittel der Betroffenen (Pensionen und Pflegegeld, sonstige Mittel aus Vermögen etc.) zur Finanzierung herangezogen, der offene Fehlbetrag wird mittels Sozialhilfegelder finanziert. In weiterer Folge können in Niederösterreich auch direkte Angehörige zum so genannten „Regress“ verpflichtet werden. Als dritter Finanzierungsmodus im Sozialbereich findet sich für spezielle Einrichtungen, wie beispielsweise diverse Beratungseinrichtungen, eine direkte Finanzierung mit unterschiedlichen öffentlichen Mitteln (Land, Bund, Arbeitsmarktservice, Bundessozialamt oder Europäischer Sozialfonds).

Neben den unterschiedlichen Finanzierungsflüssen sind auch die Vergütungsformen für die einzelnen Einrichtungen/Dienste verschieden gestaltet. Im Gesundheitsbereich stellt nach der Klassifikation der Vergütungsmethoden sowohl die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) als auch die Vergütung im niedergelassenen/ambulanten Bereich ein Mischsystem zwischen Einzelleistungsvergütung und Pauschalvergütung dar, wobei jedoch die Modelle unterschiedlich ausgestaltet sind und regelmäßig neu adaptiert bzw. zwischen den Vertragspartnern neu verhandelt werden (vgl. A.1.5 LKF-System). In einzelnen Ländern gibt es auch Projektfinanzierung und Subventionen aus diesem Bereich. Im Sozialbereich finden sich als Vergütungsformen fixe Tagsätze oder Jahrespauschalen pro Klient, Jahresbudgets und Pauschalfinanzierung mittels Subventionen.

A.1.4.3 Anreizmechanismen

Finanzierungsstrukturen sind immer mit spezifischen Anreizen für die beteiligten Akteure – also für Patienten, Kostenträger und Leistungsanbieter– verbunden. So sind auch den beschriebenen Finanzierungsstrukturen bestimmte Anreize inhärent, die für die psychiatrische Versorgung in mehrererlei Hinsicht von Bedeutung sind und bereits Ende der 70iger Jahre thematisiert wurden²⁵.

Zum einen steuern die Anreize die Wahl der Versorgungsebene. Die derzeitigen Finanzierungsstrukturen bedingen, dass die Versorgung „kopflastig“ auf eine Spitalszentrierung hin orientiert ist. Einerseits wird durch das Vergütungsmodell der LKF ein Anreiz zur Steigerung der stationären Fallzahlen gesetzt, andererseits besteht seitens des Hauptfinanziers Sozialversicherung kein Interesse, einer krankenhauslastigen Versorgung

²⁵ Riedl A. H. Katschnig und A. Marksteiner: Die Kosten- und Finanzierungsstruktur der stationären psychiatrischen Versorgung in Österreich: Ein Hindernis für die Psychiatriereform? Österreichische Krankenhauszeitung 20: 423-436, 1979

entgegenzuwirken, weil jede Mehrleistung im niedergelassenen Bereich eine Ausgabensteigerung für die Sozialversicherungsträger bedeutet, während im Spitalsbereich der von ihnen zu leistende Betrag ohnehin „gedeckt“ ist und Defizite, die durch etwaige Mehrleistungen bedingt sind, von den Krankenanstaltenträgern getragen werden müssen.

Die Anreize weisen aber auch sozialpolitische und daraus folgende finanzielle Dimensionen auf. Wenngleich als eine wesentliche Steuerungswirkung bei der Wahl der Versorgungsebene primär das Spital in Anspruch genommen wird, wird durch das Vergütungsmodell der LKF gleichzeitig der Anreiz gesetzt, die einzelnen Aufenthalte möglichst nicht über eine festgelegte Verweildauerobergrenze hinaus zu verlängern. Eine Überschreitung ist für den Krankenanstaltenträger aus finanzieller Sicht unattraktiv. Zudem liegt nach dem Sozialrecht bei Dauerleiden keine Krankheit, sondern ein Gebrechen vor; der Betroffene wird in der Folge als Pflegefall eingestuft und fällt aus dem Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung. Diese Aspekte resultieren darin, dass eine länger notwendige Versorgung einen Wechsel der Kostenträgerschaft mit sich bringt, der mit erheblichen finanziellen Konsequenzen für den Betroffenen verbunden sein kann. Die Kosten müssen entweder privat getragen werden oder es erfolgt eine Kostenübernahme vom Sozialhilfeträger nach dem Subsidiaritätsprinzip, wonach ebenfalls zunächst private Mittel zur Finanzierung verwendet werden und zusätzlich auf private Mittel direkter Angehöriger zurückgegriffen werden kann. Diese Fragmentierung der Finanzierung bedeutet gleichzeitig eine Fragmentierung der Versorgung, die eine optimale Koordination und Kooperation verunmöglicht. Zudem wird dadurch eine angebotsorientierte Versorgung gefördert, bei der in erster Linie die Anbieter das Angebot bestimmen, anstatt einer personenzentrierten Versorgung, die sich nach individuellen Bedürfnisse der psychisch Kranken richtet.

Aufgrund dieser Anreizwirkungen wird deutlich, dass die derzeitigen Finanzierungsstrukturen ein wesentliches Hindernis für eine erfolgreiche Umsetzung der Psychiatriereformziele darstellen. Die Gefahr besteht in der Hinsicht, dass die psychiatrische Versorgung zwar in Zukunft gemeindenaher, aber weiterhin sowohl primär spitalszentriert als auch unkoordiniert und angebotsorientiert bleibt, und damit dem Kriterium der Bedürfnisorientierung nicht Rechnung getragen wird. Eine gemeindenahere Psychiatrie stellt somit auch neue Anforderungen an die Finanzierung der psychiatrischen Versorgung.

Als eine zukünftige Herausforderung kann in diesem Zusammenhang die Entwicklung alternativer Finanzierungsmodelle gesehen werden. Dabei spielt insbesondere die Vernetzung der Finanzierung eine wichtige Rolle, wie sie auch generell für das österreichische Gesundheitswesen in jüngerer Zeit immer wieder diskutiert wird (z.B. Diskussion bezüglich eines gemeinsamen Budgets für stationären und niedergelassenen Bereich in Vorarlberg). Für die psychiatrische Versorgung könnte beispielsweise über ein sog. Regionales Psychiatriebudget, das die monetären Mittel für die gesamtpsychiatrische Versorgung beinhaltet, eine derartige Vernetzung gefördert werden.

Abbildung 2 gibt einen Überblick über die Einbindung der öffentlichen Kostenträger in die psychiatrische Versorgung in Niederösterreich, wobei auch die Vergütungsformen, die für die jeweiligen Versorgungselemente gelten, angeführt sind. Abbildung 3 zeigt einen Gesamtüberblick über die beteiligten Kostenträger, die vorhandenen Einrichtungen und die existierenden Finanzierungsströme. Die Abbildungen dienen zur Verdeutlichung der Komplexität der Finanzierung der psychiatrischen Versorgung. In den verschiedenen Bundesländern weichen die Finanzierungsformen zum Teil zwar deutlich ab, das Ausmaß der Fragmentierung und die Zahl der Ebenen verhalten sich aber ähnlich. Zu einem detaillierten Verständnis wird auf Kapitel D.2 des Niederösterreichischen Psychiatrieplanes 2003 (S. 462ff) verwiesen (www.noegussoziales.at).

Legende zu den Abbildungen 2 und 3:

1. Finanzausgleich
2. Mittel des Bundes nach der geltenden Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG an den NÖGUS/Gesundheit (NÖGUS-G)
 - a) Mittel an Strukturfonds
 - b) 1,416% des Umsatzsteueraufkommens im betreffenden Jahr nach Abzug des Betrages gemäß §7 Abs. 2 Z 2 des FAG 1997
3. Mittel des Strukturfonds an den NÖGUS-G
4. Mittel des Bundes an Krankenhäuser (Pflegegebühren für Forensik)
5. Mittel des Bundes an Einrichtungen im Zuständigkeitsbereich „Soziales“: Suchtberatung, Einrichtungen im Bereich Arbeit, Familienberatung
6. Pflegegeld des Bundes
7. Mittel des Landes an den NÖGUS-G
 - a) 0,949% des Umsatzsteueraufkommens im betreffenden Jahr nach Abzug des Betrages gemäß §7 Abs. 2 Z 2 des FAG 1997
 - b) Mittel des Landes als Krankenanstaltenträger
8. Mittel der Gemeinden an den NÖGUS-G
 - a) 0,642% des Umsatzsteueraufkommens im betreffenden Jahr nach Abzug des Betrages gemäß §7 Abs. 2 Z 2 des FAG
 - b) Mittel der Gemeinden als Krankenanstaltenträger
9. Betriebsabgangsmittel des Landes als Krankenanstaltenträger an Krankenhäuser
10. Betriebsabgangsmittel der Gemeinden als Krankenanstaltenträger an Krankenhäuser
11. Mittel des Landes an den NÖGUS/Soziales (NÖGUS-S) gemäß dem Bruttobetrag der Versorgung für den Langzeitbereich DKL Gugging 1997
12. Mittel des Landes an Einrichtungen im Zuständigkeitsbereich Soziales
 - a) Suchtberatung, Einrichtungen im Bereich Arbeit, Familienplanung,
 - b) Langzeitbereiche Gugging/Mauer, LPPH Mauer, WGs, Tagesstätten
 - c) Landes Pensionisten- und Pflegeheime (LPPHs) und private Heime
13. Mittel der Gemeinden an Land NÖ (50% der Sozialhilfenettokosten)
14. Mittel der Sozialversicherungsträger an den NÖGUS-G aufgrund der geltenden Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG (Pauschalbetrag)
15. Mittel der Sozialversicherungsträger an Vertragspartner im niedergelassenen Bereich
16. Mittel der Sozialversicherungsträger an Heime
17. Pensionszahlung der Sozialversicherungsträger an Patienten, Teilkostenrückerstattung für psychotherapeutische Leistungen und privatärztliche Leistungen
18. Mittel des NÖGUS-G an Krankenhäuser nach „Leistungsorientierter Krankenanstalten-Finanzierung“
19. Mittel des NÖGUS-S an Einrichtungen im Zuständigkeitsbereich „Soziales“ : PSDs, Krisentelefon, Bereich „Arbeit“
20. Mittel des NÖGUS-S an Land (entspricht dem Bruttobetrag für 12b)
21. Mittel der Patienten an Krankenhäuser, niedergelassene Ärzten und Psychotherapeuten (Spitalskostenbeiträge, Zahlungen der privaten Krankenversicherungen, Selbstbehalte, Selbstzahler)
22. Mittel der Patienten an das Land (Pensionen, Pflegegeld, sonstige private Mittel aus Regressforderungen)
23. Steuern
24. Sozialversicherungsbeiträge

Abb. 2: Finanzierungsströme der psychiatrischen Versorgung in NÖ – Beteiligung der öffentlichen Kostenträger
(s. Legende S. 30)

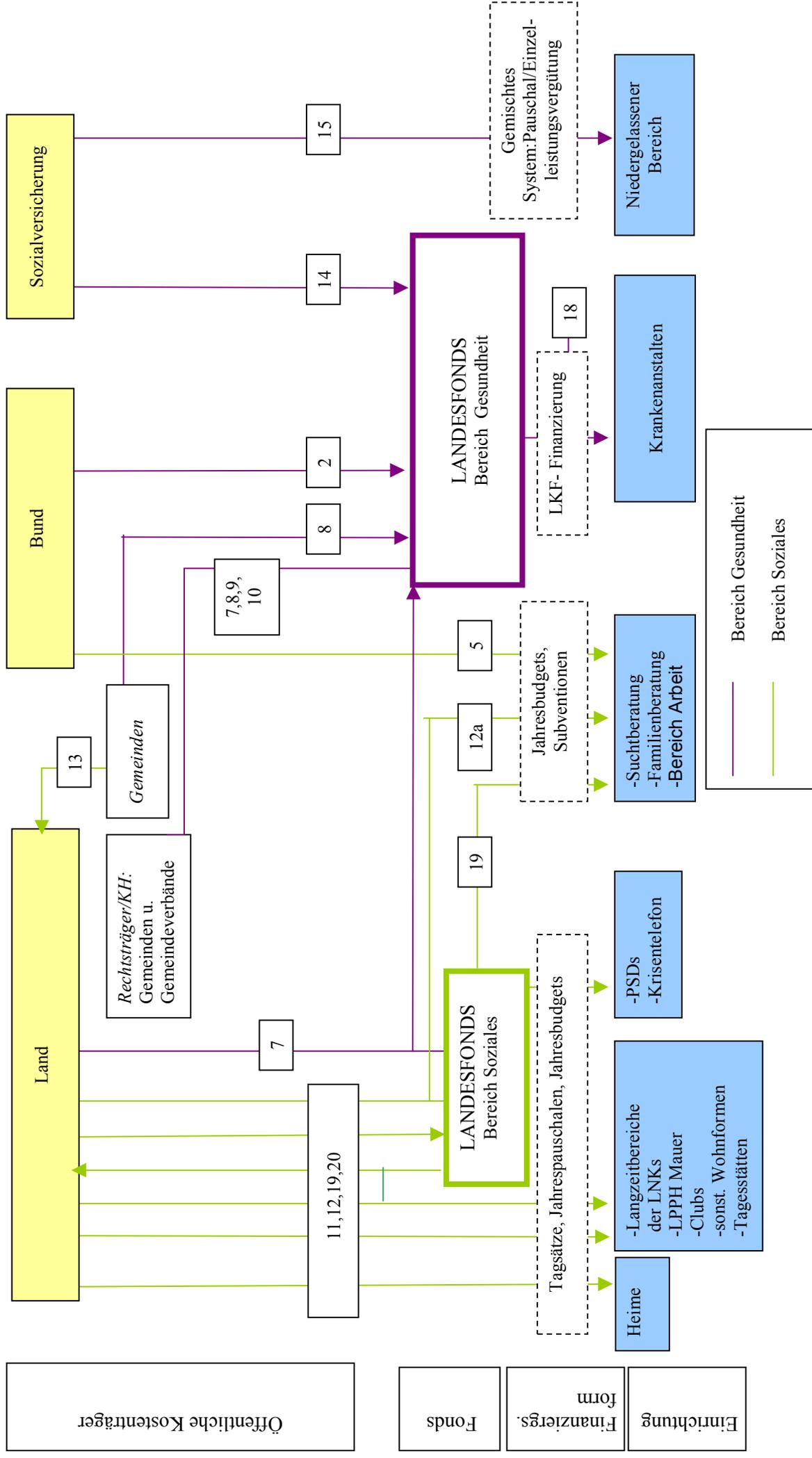
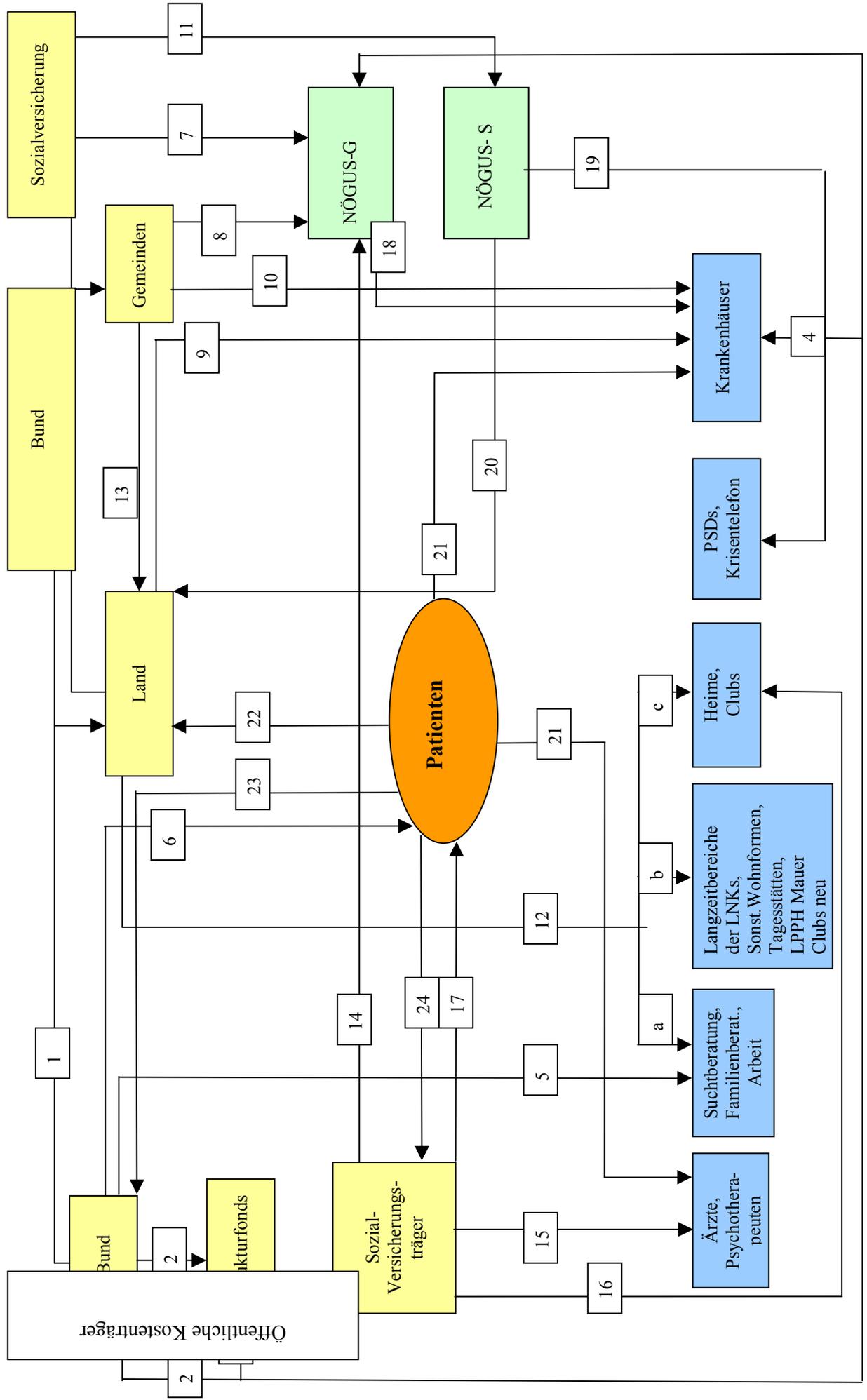


Abb. 3: Finanzierungsströme der psychiatrischen Versorgung in NÖ – Gesamtübersicht (s. Legende S. 30)
 (eigene Ausführung unter Verwendung einer Graphik von IHS 2000)



A.1.5 Die psychiatrische Versorgung und die „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)“

A.1.5.1 Die Reform der Krankenhausfinanzierung

Bis zum 1. Januar 1997 erfolgte die Finanzierung der Krankenanstalten nach dem so genannten „Selbstkostendeckungsprinzip“, nach dem sämtliche Ausgaben unabhängig von der tatsächlich erbrachten Leistung retrospektiv ersetzt wurden. Die Vergütung der Leistungen erfolgte nach Tagespflegsätzen, deren Höhe anhand vorkalkulierter Gesamtkosten und Pflagestage berechnet wurde. Seit 1.1. 1997 werden die Leistungen aller öffentlich-rechtlichen, sowie seit 2002 zusätzlich die Leistungen aller privaten Krankenanstalten, die in einem Vertragsverhältnis mit den Sozialversicherungsträgern stehen, über die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) finanziert. Bei diesem Modell dienen pro Aufenthalt vergebene Diagnosen oder bestimmte erbrachte medizinische Leistungen, die mit einem statistisch definierten Ressourcenaufwand verbunden sind „Fallpauschalen“, als Basis für die Vergütung.

Gleichzeitig mit der neuen Vergütungsform wurden neun, für die Krankenanstaltenfinanzierung zuständige, Landesfonds gegründet. Die für die Finanzierung zur Verfügung stehenden Mittel stammen, neben den Beiträgen der Sozialversicherung, in erster Linie aus gesetzlich festgelegten Etatmitteln von Bund und Ländern. Neu ist, dass die Beiträge der Sozialversicherungsträger pauschaliert sind und Fondsmittel somit insgesamt „gedeckelt“ sind. Das Ziel der Finanzierungsreform war eine Dämpfung der Kostensteigerung. Erhoffte Effekte waren primär eine Senkung der Verweildauer, die Verlagerung der Behandlung in den außerstationären/ambulanten Bereich und eine Reduzierung unnötiger Mehrfachleistungen.

A.1.5.2 Das LKF-Modell in der Psychiatrie

1997

Die LKF gilt in Österreich für die gesamte Krankenhaus-Akutversorgung. Anders als in anderen Ländern, in denen ähnliche Vergütungsmodelle implementiert wurden (z.B. USA, Deutschland), wurde in Österreich für die psychiatrische Krankenhausversorgung keine Ausnahmeregelung diskutiert. Zusammengefasst kann das LKF-Modell folgendermaßen beschrieben werden.

Als Ausgangsbasis für die Festlegung der Fallpauschalen dienten die Patientendaten aus 20 Referenzkrankenhäusern. Ursprünglich befand sich darunter kein psychiatrisches Krankenhaus, es wurden aber nach Einspruch der Sektion Psychiatrie der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie (ÖGNP) Erfahrungswerte des Linzer Wagner-Jauregg Krankenhauses miteinbezogen²⁶.

Über einen dreistufigen Baumalgorithmus wurden zunächst auf der Basis dieser Daten nach einem leistungsbestimmten Kollektiv so genannte „Medizinische Einzelleistungsgruppen“ (MEL-Gruppen) und nach einem hauptdiagnosebestimmten Kollektiv so genannte „Hauptdiagnosegruppen“ (HDG-Gruppen) gebildet. Im Modell 1997 wurden für die Psychiatrie 17 HDG-Gruppen und 2 MEL-Gruppen (Alkoholentwöhnung im Turnus 8-12 Wochen, Drogenentwöhnungsbehandlung auf Drogenentwöhnungsstationen) zur

²⁶ Meise, U. und H. Hinterhuber. Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung - Verliert die Psychiatrie. Neuropsychiatrie 12(1998)177-186

Abrechnung definiert. In der 3. Stufe wurden schlussendlich aus den HDG-Gruppen und MEL-Gruppen nach bestimmten Zusatzkriterien und Gliederungsmerkmalen (z.B. Alter) für die gesamte Medizin 848 Leistungsorientierte Diagnose-Fallgruppen (LDF-Gruppen) gebildet. Den LDF-Gruppen ist ein bestimmter Punktwert – das Fallpauschale – zugeordnet. Der monetäre Wert eines Punktes ergibt sich erst am Jahresende und hängt von der Gesamtzahl der in allen Fondskrankenanstalten administrierten Fallpauschalen ab.

Eine leistungsgerechte Entlohnung kann in einem leistungsorientierten Vergütungssystem nur stattfinden, wenn die Kosten innerhalb einer ermittelten Diagnosefallgruppe annähernd gleich hoch sind und zwischen den einzelnen Fallgruppen deutlich differieren. Das Ziel der aufwendigen statistischen Arbeit war, eine dementsprechende Homogenität des Ressourcenverbrauchs innerhalb der einzelnen LDF-Gruppen zu erhalten, um einer größtmöglichen Kostenwahrheit gerecht zu werden.

Zusätzlich wurde eine so genannte „outlier- Regelung“ eingeführt, nach der für jede LDF-Gruppe anhand eines definierten Verweildauerfensters die Verweildauerober- und Untergrenzen festgelegt werden. Eine Unterschreitung der Verweildaueruntergrenze führt zu einer proportional abnehmenden Bepunktung, während eine Überschreitung der Verweildauerobergrenze mit einer degressiven Zusatzbepunktung verbunden ist. Das Verweildauerfenster wurde bei den MEL-Gruppen nach den mittleren 80% der Verweildauerverteilung in der verwendeten Stichprobe festgelegt. Bei den konservativen HDG-Gruppen wurde es nach einem 60%igen Intervall festgelegt, für die HDG-Gruppen in der Psychiatrie gilt ein 30%iges Belagsdauerintervall. Das bedeutet, es wird nur für die mittleren 30% der Verweildauerverteilung die entsprechende Fallpauschale abgerechnet, während für 70 % der Aufenthalte die „outlier-Regelung“ zum Tragen kommt. Nachdem die Vergütung in diesen Fällen dann hauptsächlich über die Verweildauer gesteuert wird, geht sie von einer leistungsbezogenen in eine tagesbezogene Vergütung über. Die Mindestpunktzahl pro Tag wurde für die Psychiatrie mit mindestens 1500 definiert (im Vergleich dazu nur 500 für die somatische Medizin).

1998

Das LKF-System wird jährlich überprüft und gegebenenfalls neu angepasst. Für die Psychiatrie war das Modell 1997 mit erheblichen Nachteilen verbunden, da die Erlöse nach den Fallpauschalen bei weitem nicht kostendeckend waren. Als Ursache wurde primär die von der mittleren Verweildauer im LKF- System abweichende tatsächliche Verweildauer genannt²⁷ was wiederum das Resultat einer nicht repräsentativen Stichprobe bei der ursprünglichen Datenerhebung zu sein schien. (Es wurden ja in erster Linie Daten von psychisch Kranken Patienten aus allgemeinen Krankenhäusern für die Berechnung verwendet, die meistens leichtere Fälle betrafen und somit mit einem niedrigeren Ressourcenaufwand verbunden waren). Zudem sind in der Psychiatrie die Diagnosen, die bei der LKF eine wichtige Basis der Finanzierung darstellen, ein schlechter Prädiktor für den Ressourcenverbrauch²⁸. Bei der Festlegung der Fallpauschalen ging man daher von einem inadäquaten Ressourcenverbrauch aus, was dazu führte, dass Aufenthalte mit psychiatrischer Diagnose mit finanziellen Benachteiligungen für eine Krankenanstalt verbunden waren.

Im Modell 1998 wurde versucht, diesen Mängeln Rechnung zu tragen. Zunächst gab es Neuerungen in der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie (KJNP), wobei zwei neue MELs („komplexe Behandlung Schwer- und Mehrfacherkrankter“ und „Eltern-Kind-Behandlung in der KJNP“) eingeführt wurden. Zusätzlich werden seit 1998 zwei neue

²⁷ Meise U. und H. Hinterhuber.: Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung- Verliert die Psychiatrie. Neuropsychiatrie 12(1998)177-186

²⁸ Lercher JR.: Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung. Diplomarbeit. Innsbruck 1998

Behandlungsformen („intensive Behandlung Schwer- und Mehrfacherkrankter in der KJNP“ und „rehabilitative Behandlung in der KJNP“) mit einer speziellen Bepunktung/Tag vergütet. Für die Zuerkennung müssen bestimmte Voraussetzungen, wie z.B. entsprechend ausgestattete Funktionseinheiten in der Krankenanstalt, erfüllt sein. Es wurde außerdem festgelegt, dass die tägliche Mindestpunktzahl von 1500 nicht mehr für alle Krankenanstalten, sondern nur für Aufenthalte an psychiatrischen Krankenanstalten/Abteilungen gilt. Für diese Aufenthalte gilt außerdem ein größeres Verweildauerfenster wobei generell die Belagsdauerober- und untergrenzen nur +/- 60% vom Belagsdauer Mittelwert abweichen dürfen.

1999 - 2002

In der Version der LKF 1999 finden sich wesentliche Neuerungen für die Psychiatrie. Zum einen wurden die Fallpauschalen für Aufenthalte an psychiatrischen Abteilungen/ Krankenanstalten deutlich erhöht. Zum anderen wurden zwei neue MELs eingeführt (MEL 7591: Therapie psychiatrisch Schwerstkranker; MEL 7592: Komplexe psychiatrische Therapie) Diese Einzelleistungen stellen nach Ansicht der Experten einen wichtigen Schritt in Richtung Kostenwahrheit dar, weil nach einem so genannten multiaxialen Diagnosesystem neben der medizinischen Diagnose noch zahlreiche andere Einflussfaktoren für den Ressourcenverbrauch berücksichtigt werden, wie z.B. Grad der Pflegebedürftigkeit, Schweregrad der Erkrankung oder Komorbidität²⁹. Gleichzeitig wurden für diese MELs eine Reihe von Abrechnungsvoraussetzungen festgelegt, die vor allem die personelle Ausstattung der jeweiligen Einrichtungen betreffen.

Die nächsten wichtigen Änderungen für die Psychiatrie finden sich im LKF-Modell 2002 und stehen eng im Zusammenhang mit dem aktuellen österreichischen Krankenanstaltenplan (ÖKAP). So können erstmalig tagesklinische und tagesstrukturierende Behandlungen verrechnet werden. Die Vergütung erfolgt nach einem fixen Tagespunktesatz, der für die tagesklinische Behandlung 211 LKF-Punkte pro Tag und für die tagesstrukturierende Behandlung 65 LKF-Punkte pro Tag beträgt.

A.1.5.3 Resümee

Unausgewogenheiten in der LKF waren anfänglich mit deutlichen Nachteilen für die Psychiatrie verbunden. Die seither stattgefundenen Veränderungen haben, insbesondere durch die Operationalisierung des Schweregrads von psychischen Erkrankungen, zu einer besseren Bewertung des tatsächlichen Ressourcenverbrauchs geführt. Positiv ist außerdem zu bewerten, dass ein für die gesamte Krankenhausversorgung einheitliches Vergütungssystem die Gleichstellung von Psychiatrie und somatischer Medizin unterstützt und eine entsprechende Vergleichbarkeit gewährleistet. Konkrete Auswirkungen der LKF auf die psychiatrische Versorgung wurden jedoch noch kaum empirisch untersucht. Wie Frick et al. (2001)³⁰ nachweisen, konnten zumindest manche befürchteten negative Auswirkungen, wie beispielsweise eine Verstärkung der „Drehtürpsychiatrie“ durch den mit der LKF verbundenen Anreiz zu hohen Wiederaufnahmezahlen, nicht bestätigt werden. Es konnte auch nicht gezeigt werden, dass die LKF in den ersten zwei Jahren andere Zielgrößen wie Verweildauer oder Krankenhaushäufigkeit nachweislich in Stärke und Richtung beeinflusste. Gesundheitsökonomische Untersuchungen ähnlicher

²⁹ Frick U., W. Barta und H. Binder.: Fallpauschalen in der stationären psychiatrischen Versorgung. Empirische Evaluation im Land Salzburg. Sozialpsychiatrische Praxis 28, Sonderheft 1(2001)55-62; Lercher J.R.: Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung. Diplomarbeit. Innsbruck 1998; Meise U. und H. Hinterhuber: Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung - Verliert die Psychiatrie? Neuropsychiatrie 12(1998)177-186

³⁰ Frick, U., W. Barta und H. Binder. 2001. Fallpauschalen in der stationären psychiatrischen Versorgung. Empirische Evaluation im Land Salzburg. Sozialpsychiatrische Praxis 28, Sonderheft 1: 55-62.

Vergütungssysteme zeigen aber, dass manche Effekte erst langfristig auftreten und daher keine voreiligen Schlüsse gezogen werden sollten³¹.

Generell ist durch das Vergütungssystem weiterhin ein Anreiz zur spitalszentrierten Versorgung gegeben. Ebenso wurde die Schnittstellenproblematik, die aufgrund der Trennung ambulant/stationär sowie „Gesundheit“/„Soziales“ besteht und ganz wesentliche Nachteile für die psychiatrische Versorgung mit sich bringt (vgl. Teil 2), durch die Reform nicht behoben³².

Es ist daher notwendig, einerseits Wirkungen und Nebenwirkungen der LKF für die Psychiatrie fortdauernd zu untersuchen und andererseits auch internationale Entwicklungen zu verfolgen und langfristig Lösungen für die Verbesserung bekannter Schwachstellen im Vergütungsmodell, sowie im Finanzierungssystem insgesamt, zu entwickeln.

A.2 Internationale Perspektiven

In Europa ist in den vergangenen 50 Jahren eine Enthospitalisierungsbewegung zu beobachten, die in manchen Ländern schneller, in anderen langsamer vorangegangen ist. Hauptursachen für diese Enthospitalisierung, Verkleinerung und auch Schließung von psychiatrischen Großkrankenhäusern waren die Entdeckung der Psychopharmaka in den 50er Jahren des vergangenen Jahrhunderts, des weiteren Kostenüberlegungen und schließlich Reformbewegungen, die im Sinne der gemeindenahen Psychiatrie eine menschlichere und bessere Versorgung außerhalb von psychiatrischen Krankenanstalten befürworten.

In den vergangenen Jahren haben zwei internationale Entwicklungen dazu beigetragen, dass Informationsaustausch und Kooperation auf dem Gebiet der psychiatrischen Versorgung im europäischen Raum zunehmend an Bedeutung gewonnen haben.

Die eine ist die zunehmende Integration europäischer Länder in der „Europäischen Union“, die andere die Intensivierung der Aktivitäten der Weltgesundheitsorganisation in ihrem in Kopenhagen gelegenen Regionalbüro für Europa. Während für die Europäische Union allerdings bisher lediglich die 15 alten Mitgliedsstaaten³³, und nur bei manchen Aktivitäten auch die neuen Mitgliedsstaaten relevant waren, gehören zur Region „Europa“ der Weltgesundheitsorganisation insgesamt 52 Staaten³⁴.

Die bis 30.04.2004 zur Europäischen Union gehörenden Länder haben annähernd gleiche Entwicklungsstände in der psychiatrischen Versorgung. Auf dem Niveau der europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation, die auch Russland und alle ehemals in der Sowjetunion gelegenen Staaten umfasst, ist der Entwicklungsstand jedoch äußerst unterschiedlich.

³¹ Russel, LB. 1989. Medicare's New Hospital Payment System: Is It Working? Washington: Brookings Institution; Theurl, E. 1996. Notwendige Begleitmaßnahmen einer Neuordnung der Krankenhausfinanzierung in Österreich. ÖKZ 11A: 26-35.

³² Theurl, E.: Eine Einschätzung der Österreichischen Gesundheitsreform aus der Managed Care Perspektive. Vortrag Kongress ‚Public Health‘ Linz: 7. Juni 2001.

³³ Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden, Spanien. Seit 1.5.2004 auch Estland, Lettland, Litauen, Polen, Tschechien, die Slowakei, Ungarn, Slowenien, Malta und Zypern.

³⁴ Albanien, Andorra, Armenien, Aserbeidschan, Belarus, Belgien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Georgien, Griechenland, Island, Irland, Israel, Italien, Jugoslawien, Kasachstan, Kirgistan, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Moldawien, Monaco, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Russland, San Marino, Slowakei, Slowenien, Spanien, Schweden, Schweiz, Tadschikistan, Tschechische Republik, Türkei, Turkmenistan, Ukraine, Ungarn, United Kingdom, Usbekistan

Neben der Europäischen Union und der Weltgesundheitsorganisation ist als dritte internationale Organisation der Europarat für die Psychiatrie relevant, da er sich zentral mit Fragen der Menschenrechte befasst.

A.2.1 Europäische Aktivitäten der Weltgesundheitsorganisation

Seit 1998 hat die WHO für die Region Europa – nach mehrjähriger Pause - einen Mental Health Coordinator. Seit damals gibt es ein regelmäßig stattfindendes Treffen mit so genannten „National Counterparts“, das sind von den einzelnen Regierungen nominierte Vertreter der insgesamt 52 Länder, die zur europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation gehören. Bei den regelmäßigen Treffen dieser „National Counterparts“ werden vor allem Fragen der Verbesserung der psychiatrischen Versorgung, ökonomische und Stigma-Themen diskutiert.

Die WHO unterhält eine über das Internet zugängliche Datenbank, in der auch Daten über die psychiatrische Versorgung enthalten sind (Health for All Database)³⁵.

A.2.2 Aktivitäten der Europäischen Union

Da Gesundheitsversorgung der Bevölkerung keine Agenda der Europäischen Union ist, sind Gesundheitsaktivitäten auf die Bereiche *Prävention* und *Gesundheitsförderung* beschränkt. Jüngste Entwicklungen zeigen allerdings, dass sich die Europäische Union in Zukunft auch vermehrt mit Fragen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beschäftigen wird (Press Release: „Healthcare Cooperation: Patients to benefit from new commission proposal“, 21 April 2004, http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/co_operation/mobility/patient_mobility_en.htm)

Das Thema „Gesundheit“ wurde erst sehr spät in der Geschichte der EU relevant. Im Artikel 152 des Vertrages über die europäische Gemeinschaft heisst es: „A high level of human health protection shall be ensured in the definition and implementation of all Community policies and activities. Community action shall be directed towards improving public health, preventing human illness and diseases, and obviating sources of danger to human health“.

Im Vertrag von Maastricht (1993) wurde das Thema so aufgegriffen, dass es zu konkreten Projekten kam. In diesem Vertrag heißt es: „...the EU shall contribute towards ensuring a high level of human health protection by encouraging cooperation between Member States and, if necessary, lending support to their action. Action shall be directed towards the prevention of diseases, in particular the major health scourges, including drug dependence, by promoting research into their causes and their trans-mission, as well as health information and education. Health protection requirements shall form a constituent part of ... other policies“.³⁶ Außerdem soll die Zusammenarbeit mit dritten Ländern und den für das Gesundheitswesen zuständigen internationalen Organisationen gefördert werden („fostering of cooperation with third countries and the competent international organizations in the sphere of public health“).

³⁵ <http://hfadb.who.dk/hfa>

³⁶ „... die EU soll durch Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten und erforderlichenfalls durch Unterstützung ihrer Tätigkeit einen Beitrag zur Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus leisten. Die Tätigkeit der Gemeinschaft ist auf die Verhütung von Krankheiten, insbesondere der weit verbreiteten schwerwiegenden Krankheiten einschließlich Drogenabhängigkeit, gerichtet; dabei werden die Erforschung der Ursachen und der Übertragung dieser Krankheiten sowie die Gesundheitsinformation und -erziehung gefördert. Die Erfordernisse im Bereich des Gesundheitsschutzes sind Bestandteil der übrigen Politiken der Gemeinschaft.“

Basierend auf dem Mandat des Vertrags von Maastricht, sich mit Public Health zu befassen, hat die Europäische Kommission 1993 ein „Public Health Framework Programme“ publiziert, das 1995 vom Europäischen Parlament und dem Council verabschiedet wurde, 1996 begann und bis 2002 dauerte. In diesem Rahmen wurde 1997 ein „Action Programme on Health Monitoring“ eingerichtet.

Ausgehend von der finnischen Präsidentschaft im Jahre 1999 hat sich über die anderen Präsidentschaften (vor allem die belgische und die griechische) in der EU ein grundsätzliches Interesse an Mental Health etabliert. Es fanden immer wieder Tagungen zu diesem Thema statt - zuletzt im März 2003 in Athen und im Oktober 2003 in Bilbao.

Im Jahr 2002 hat die Generaldirektion für Gesundheit und Konsumentenschutz (Health and Consumer Protection, SANCO) ein „New Comprehensive Programme of Community Action in the Field of Public Health“ für die Jahre 2003 bis 2008 ausgeschrieben. Für dieses Programm können Projekte zu den Themen „Health Information“ („improving information and knowledge for the development of public health - Strand 1“), „Threats to Health“ („enhancing the capability of responding rapidly and in a co-ordinated fashion to health threats - Strand 2“) und „Health Determinants“ („promoting health and preventing disease through action on all determinants and across all policies and activities - Strand 3“) eingereicht werden. Besonders zu der Thematik „Health Information“ wurde bereits 2003 eine Reihe von Projekten, die sich mit der psychischen Gesundheit beschäftigen, genehmigt.

Davor waren schon zahlreiche von der EU geförderte Projekte zur „Mental Health-Thematik“ durchgeführt worden, etwa eines zur „Prävention von Depression, Angststörungen und stressbedingten Störungen“³⁷ und eines zur epidemiologischen Erfassung psychischer Störungen in Europa³⁸.

Die folgende Liste beinhaltet weitere von der EU in den letzten Jahren geförderte „Mental Health“-Projekte:

- Key concepts
- Mental health promotion of children up to 6 years
- Putting mental health on the European agenda
- Establishment of indicators for mental health in Europe
- Unemployment and mental health
- Mental health promotion of children and adolescents
- Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients
- Promoting social inclusion of people with mental health problems
- Report on the state of mental health in Europe
- Mental health in Europe – New challenges, new opportunities
- Placement and treatment of mentally ill offenders
- Mental health economics
- Implementing mental health promotion action

Als „European Milestones“ für „Mental Health“ können folgende Veranstaltungen und Resolutionen genannt werden:

- Health Council (1997)
- Key concepts project (1997)

³⁷ Mental Health Promotion and Prevention Strategies for Coping with Anxiety, Depression and Stress Related Disorders in Europe. Final Report 2001-2003

http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2001/promotion/fp_promotion_2001_frep_02_en.pdf

³⁸ Report on the Mental Health Status in the European Union, [Final report](#), October 2004: The State of mental Health in the European Union

http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf

- Consultative Meeting in Helsinki (January 1998)
- The EC/WHO Meeting on Balancing Mental Health Promotion and Mental Health Care (April 1999)
- European Conference on Promotion of Mental Health and Social Inclusion (October 1999)
 - Council Resolution on the Promotion of Mental Health
- European Conference on Health Determinants (March 2000)
 - Council resolution on action on health determinants
- Prevention of youth suicide (September 2000)
- European Mental Health Agenda: Future Perspectives (November 2000)
- Future Mental Health Challenges in Europe: The Impact of Other Policies on Mental Health (September 2001)
- The European State of the Art on Mental Health (October 2001)
 - Council Conclusions on Combating Stress and Depression-Related Problems
- Mental Illness and Stigma in Europe: Facing up to the Challenges of Social Inclusion and Equity (March 2003)
 - Council Conclusions on combating stigma and discrimination in relation to mental health

A.2.3 Publikationen und Dokumente

Zwei kürzlich erschienene Publikationen sind Ausdruck dieser neuen gesamteuropäischen Aktivitäten. Zum einen hat das Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation in Europa eine Broschüre „Mental Health in Europe - Country Reports from the WHO European Network on Mental Health“ herausgegeben (Anfragen: postmaster@who.dk). Zum anderen ist in einem von der Aktion Psychisch Kranke gemeinsam mit der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen Sonderheft der Zeitschrift „Acta Psychiatrica Scandinavica“ eine detailliertere Analyse des Versorgungssystems ausgewählter Länder zu finden (Psychiatric Reform in Europe, Acta Psychiatrica Scandinavica Vol. 104/2001, Supplementum 410).

Andere relevante Publikationen sind:

- Azueta I., U. Katila-Nurkka, V. Lehtinen (eds): Mental Health in Europe – New Challenges, New Opportunities. Report from a European Conference 9-11 October 2003, Bilbao, Spain. STAKES, Helsinki 2004
- Lahtinen E., V. Lehtinen, E. Riikonen, J. Ahonen: Framework for promoting mental health in Europe. Stakes, Helsinki 1999
- Lehtinen V., E. Riikonen, E. Lahtinen (eds): Promotion of Mental Health on the European Agenda. STAKES, Helsinki 1997.
- Katschnig H. et al.: „Priority Topics for Public Mental Health in Europe.“ Chapter 9, In: Weil O., M. McKee, M. Brodin, D. Oberlé (eds.): „Priorities for Public Mental Health Action in the European Union.“ Société Française de Santé Publique 1999
- Korkeila J.A. et al.: „Establishing a set of mental health indicators for Europe“ in Scan J Public Health 2003(31)1-8
- Kramers P.G.N.: The ECHI project, *European Journal of Public Health*, Volume 13, Supplement 1 ("The European Union Health Monitoring Programme"), September 2003 (im Web unter: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/1998/monitoring/monitoring_project_1998_full_en.htm#8).

Schließlich sei noch auf den 2001 erschienenen „World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope“ der Zentrale der Weltgesundheitsorganisation verwiesen sowie auf den dazugehörigen „Atlas – Mental Health Resources in the World“. Diese und andere Dokumente der Weltgesundheitsorganisation können über die Internet-Adresse http://www.who.int/mental_health/resources/publications/en/ ausgedruckt oder bestellt werden.

A.2.4 Internationale Psychiatrie- und Mental Health-Vereinigungen

Psychiatrische Berufsvereinigungen

AEP – Association of European Psychiatrists www.aep.lu

APA – American Psychiatric Association www.psych.org

WPA - World Psychiatric Association www.wpanet.org

Angehörigenvereinigung

EUFAMI - European Federation of Families of Mentally Ill People www.eufami.org

Betroffenenvereinigung

EUSPN - European Users and Survivors of Psychiatry Network www.enusp.org

WUSPN – World Network of Users and Survivors of Psychiatry www.wnusp.org

Weltgesundheitsorganisation

WHO-Zentrale - http://www.who.int/mental_health/en/

WHO-Europabüro - www.euro.who.int/

Europäische Union

EU-SANCO – Generaldirektion für Gesundheit und Konsumentenschutz

http://europa.eu.int/comm/dgs/health_consumer/index_en.htm

Europarat/Council of Europe

COE - <http://www.coe.int/T/d/Menschenrechte/>

Psychopharmakologisch orientierte Vereinigungen

CINP - Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum www.cinp.org

ECNP - European College of Neuropsychopharmacology www.ecnp.ne

ACNP - American College of Neuropsychopharmacology www.acnp.org

WFSBP - World Federation of Societies for Biological Psychiatry www.wfsbp.org

Psychosozial orientierte Vereinigungen

WFMH - World Federation for Mental Health www.wfmh.org

WAPR - World Association for Psychiatric Rehabilitation www.wapr.net

WASP - World Association for Social Psychiatry www.sawasp.co.za

IASP - International Association for Suicide Prevention www.med.uio.no/iasp

MHE - Mental Health Europe www.mhe-sme.org

Der Newsletter von "Mental Health Europe" informiert am umfassendsten über neue Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung und in der Psychiatrie-Politik in Europa (nur gegen Mitgliedsbeitrag).

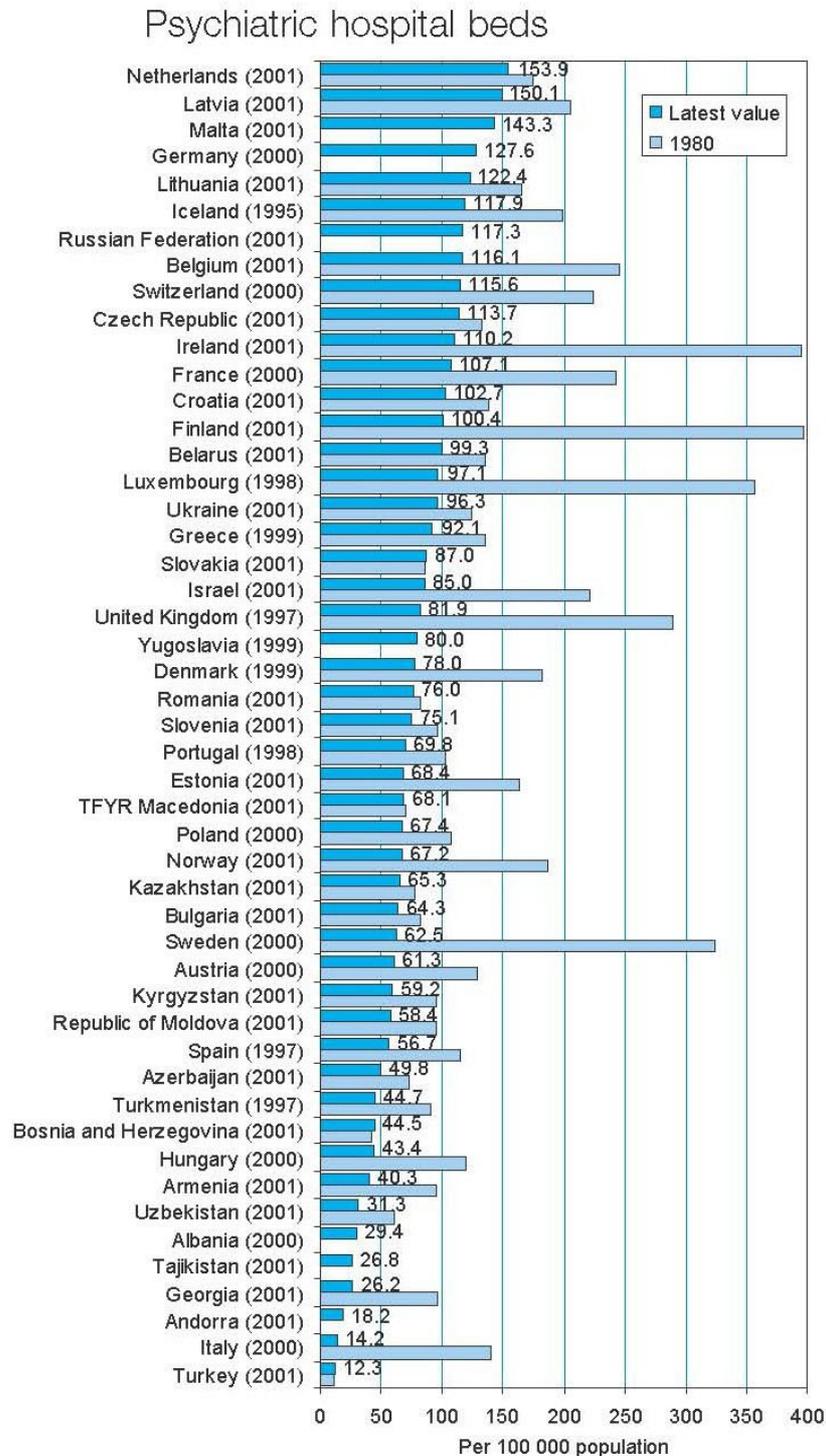
A.2.5 Psychiatrische Betten in Europa

Vergleichende Zahlen im Hinblick auf die psychiatrische Versorgung in verschiedenen europäischen Ländern sind sehr spärlich. Verfügbar ist die psychiatrische Bettenzahl je 10.000 Einwohnern (Abb. 4³⁹). Aus dieser Tabelle ist ersichtlich, dass Österreich im unteren Bereich der psychiatrischen Bettenraten angesiedelt ist. Abweichungen gegenüber an anderen Orten publizierten Zahlen sind durch verschiedene Erfassungsmethoden bedingt. Vorsicht ist bei der Interpretation derartiger Bettenzahlen außerdem deshalb geboten, weil unterschiedlich viele psychiatrische Patienten in „komplementären“

³⁹ Atlas of Health in Europe. World Health Organisation, Regional Office for Europe, Copenhagen 2003, pp 105, <http://www.euro.who.int/document/e79876.pdf>

Einrichtungen (z.B. Pflegeheimen, Wohnheimen etc.) leben und dadurch der stationäre Krankenhausbereich in unterschiedlichem Ausmaß „künstlich“ verringert wird.

**Abb. 4: Psychiatrische Betten
in der europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation
1980 und aktuell (letzte verfügbare Angaben)**



B - Betroffenen- und Angehörigenselbsthilfe, Laienhilfe, Antistigmaarbeit

In Teil B wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Aktivitäten außerhalb des professionellen Bereiches heute eine große – und meist noch unbekannte – Rolle spielen. Betroffenen- und Angehörigenselbsthilfeaktivitäten werden hier von Autoren beispielhaft dargestellt, die auf diesen Gebieten aktiv sind. Außerdem werden Laienhilfe und eine Antistigmakampagne vorgestellt. Psychiatriespezifische Berufsgruppen werden im Österreichischen Psychiatriebericht 2001 ausführlichst beschrieben, z.T. auch in dem 2003 erschienenen englischsprachigen Bericht „Mental Health in Austria“ (www.bmgf.gv.at)

B.1 Betroffenen selbsthilfe

Die seit Jahrzehnten sich zunehmender Akzeptanz erfreuende Entwicklung der Selbsthilfe im medizinischen Bereich hat auch vor den Patienten der Psychiatrie nicht halt gemacht⁴⁰, wobei die besondere gesellschaftliche und medizinische Stellung der Psychiatrie kein guter Nährboden für soziale Strömungen wie die Selbsthilfe darstellt. Historisch belastet und tief mit Abwertungen stigmatisiert sehen sich Psychiatriepatienten oft schon in früher Jugend an den Rand der Gesellschaft gedrängt. Als Symptomträger und schwächstes Glied in ihrem sozialen Umfeld sind sie mit Krankheiten konfrontiert deren Wesen sie zum sozialen Rückzug veranlasst.

Aufgrund der komplizierten psycho-sozialen Situation sind Versorgungssysteme meistens nicht in der Lage, Lebensbedingungen zu schaffen, die einer Chronifizierung entgegenwirken. Die Selbsthilfe ist so gesehen eben eine gesunde Reaktion, und in den letzten Jahren hat sich gezeigt, dass sie als Familienersatz bis hin zur Therapieergänzung vielen Aufgaben gegenüber steht. Allgemein gesehen bietet die Selbsthilfe eine weitgehende Rückfallsprophylaxe und hilft damit dem Gesundheits- und Sozialsystem Kosten einzusparen. An dieser Stelle muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass von Seiten der psychiatrisch Tätigen noch vor einigen Jahren Selbsthilfe bei Psychosen zum Beispiel kaum für sinnvoll und möglich erachtet wurde. So ist es Einzelpersonen unter den therapeutisch Tätigen zu verdanken, die diese Möglichkeiten zumindest immer wieder thematisiert haben. So ist es auch kein Zufall, dass ein Psychologe, dessen Name mir nicht bekannt ist, 1983 zur Gründung der ersten Patientenzeitschrift im Bereich der österreichischen Psychiatrie anregte. Mit geringer finanzieller Unterstützung wurde so die Zeitschrift „Kuckucksnest“ von einem Patienten der Baumgartner Höhe ins Leben gerufen. Dieses Magazin erscheint heute noch, wird von Betroffenen sowie von Fachleuten gerne gekauft und gelesen und feierte 2003 sein 20-jähriges Bestehen.

In Anbetracht der zeitlichen Abläufe kann man erkennen, dass das Erscheinen der ersten Patienteninitiativen zeitlich mit der großen Psychiatriereform einhergeht. Die allmähliche Patientenorientierung und die gesteigerte Sensibilisierung im Umgang mit Patienten ermöglichte es diesen, Psychiatrie und psychische Erkrankung als Aufgabengebiet wahrzunehmen. Eine Besonderheit der Psychiatrie, nämlich die Behandlung gegen den freien Willen, gilt als eines der großen klassischen Themen dieser frühen Bewegung und ist heute noch einer der Punkte, die emotionalisieren und zur Kontroverse anregen. Dies geht soweit, dass sich in diesem Punkt Selbsthilfe und Interessensvertretung in einem hohen Maß uneinig sind. So ist das Gesamtbild der Betroffenenbewegung gekennzeichnet

⁴⁰ Entwicklung und Stand der Selbsthilfe bei Psychiatrieerfahrenen 2002

von Patienten und ehemaligen Patienten, von denen sich eine Gruppe zur Zusammenarbeit mit der Psychiatrie entschlossen hat, während eine andere Gruppe sich darauf spezialisiert hat Missstände aufzuzeigen. Massive antipsychiatrische Strömungen haben in den letzten Jahren deutlich an Einfluss verloren, obwohl man auch sagen muss, dass Einzelpersonen ihre zum Teil berechtigten letztendlich aber zu fundamentalistischen Ansätze weiterverfolgen.

In diesem Zusammenhang profitiert die österreichische Betroffenenbewegung von ihrer späten Geburt und muss nicht die Radikalität durchleben, die in den 70iger und 80iger Jahren so bestimmend war. Es scheint sich auch hier ein Weg abzuzeichnen, der für unser Land typisch ist - Kritik an der psychiatrischen Praxis wird vorsichtig formuliert, um gehört zu werden.

Mitte der 80er Jahre entstanden so einige kleinere Gruppen, von denen heute kaum eine noch wirkt. Erwähnenswert in diesem Zusammenhang ist die Initiative demokratische Psychiatrie, in der sich lange Zeit vor dem heutigen gängigen Dialog Studenten aber auch Patienten zum Erfahrungsaustausch trafen.

1989 entstand mehr durch Zufall eine bedeutende Selbsthilfeorganisation in Wien, die sich ab 1992 den Namen „Crazy Industries“ gab. Die Einführung von Gesundheitsstammtischen und die Planung der ersten Urlaube von Betroffenen für Betroffene kann sich diese Organisation zu Gute schreiben. Das Besondere an „Crazy Industries“ ist, dass das Angebot sehr stark darauf abgestimmt ist, Betroffene zu unterstützen, die trotz Langzeitverlauf an Reintegration interessiert sind.

Ab dem Jahr 1996 kann man dann Österreich weit bemerken, dass sich Betroffene in Gruppen organisieren, wobei in den meisten Fällen die Impulse von Fachleuten gesetzt werden. Die Selbsthilfe wird auch ab diesem Zeitpunkt von den führenden Ärzten akzeptiert, sie findet ihre Anerkennung in Einladungen zu Kongressen, bei denen der eine oder andere Betroffene sich als echter Experte auszeichnen kann. Die meisten Aktivitäten konzentrieren sich auf Wien und Linz, und dies hat sich bis heute auch nicht geändert. Diese Tatsache kann auch darauf zurückgeführt werden, dass sich in diesen beiden Städten eine größere Zahl von psychiatrisch Tätigen über das Maß eines rein beruflichen Engagements mit dem Themenkreis moderner internationaler Trends auseinandersetzen.

Die wohl bedeutendste Innovation im Bereich der Kommunikation stellt die Einführung des Dialogs dar. Dialog, wie man ihn im psychiatrischen Umfeld versteht, stellt eine Gesprächsplattform für Patienten, Angehörige und professionelle Helfer zur Verfügung. Der Dialog stellt somit auch einen Wendepunkt im psychiatrischen Selbstverständnis dar, da nun für Betroffene und Angehörige eine gemeinsame Gesprächsbasis mit Professionellen eröffnet wurde. Der Dialog und dann auch der Tetralog (Einbeziehung von Politikern und Journalisten) fanden sehr bald ihre Akzeptanz, dies drückte sich dann auch in dialogisch besetzten Vorständen und Arbeitsgruppen aus. Die Zahl der Dialoge in Österreich ist leicht im Ansteigen, und es gibt inzwischen auch Vereine, die den Versuch unternehmen Erkenntnisse dieser Diskussionsrunden auch in die Praxis umzusetzen.

Ab Mitte der 90er Jahre wurde von Wien ausgehend auch der Versuch unternommen eine zentrale Interessenvertretung für die Anliegen der Psychiatrieerfahrenen ins Leben zu rufen. Österreich war international gesehen eines der letzten Länder, das über eine solche Einrichtung nicht verfügte. Die aus diesem Ansatz entstandenen Vereine (AGPE, ÖNPE) sind formell vorhanden, doch ist es nicht gelungen repräsentative Gruppierungen der Selbsthilfe dafür zu gewinnen.

Regionale Interessensvertretungen wie etwa in Oberösterreich (Netzwerk Spinnen) oder Niederösterreich (HSSG) leisten gute Arbeit für die Betroffenen. Netzwerk Spinnen, ansässig in Linz, gelang es, das erste Büro mit entsprechender Infrastruktur aufzubauen

und verfügt auch über ein eigenes Magazin „Psy-free“. Der niederösterreichische Verein HSSG bietet Unterstützung für Selbsthilfegruppen an und fungiert auch als Interessensvertretung. Eine ähnliche Funktion übt seit kurzem „Helping Friends“ für das Burgenland aus. In Vorarlberg ist seit einigen Jahren der Verein Omnibus tätig und betreibt dort eine Beratungsstelle (Betroffene beraten Betroffene). In Kärnten, Steiermark und Salzburg sind Bestrebungen im Gange, Psychiatrieerfahrene zu organisieren, die Situation in Tirol ist hingegen unklar. Es kann aber auch möglich sein, dass in Tirol Selbsthilfegruppen existieren, die sich aber nicht öffentlich bemerkbar machen. Die Selbsthilfe in der Anonymität ist gerade im psychiatrischen Bereich weit verbreitet.

Eine internationale Sonderstellung nimmt das Atelier Sonnensegel für sich in Anspruch, indem es gelungen ist, 20 begabte Künstler aus dem Bereich der Selbsthilfe ohne jegliche therapeutischen Ansätze oder Anleitungen in ihrer kreativen Arbeit zusammenzuschließen. Auch wenn mit dem heutigen Stand landesweit Selbsthilfe vorkommt, so kann das Angebot mit der Nachfrage nicht gleichziehen, was einen Blick auf die finanzielle Situation notwendig macht. Der in New York ansässige Psychiater Peter Stastny, Experte für die internationale Situation der Selbsthilfe und der Betroffenenbewegung, bezeichnete die österreichische Situation betreffend der finanziellen Ressourcen als demotivierend und nicht mehr zeitgemäß. Zwar gibt es kein genaues Zahlenmaterial, doch kann man mit Sicherheit davon ausgehen, dass das Gesamtbudget der Selbsthilfe 1999 landesweit unter einer Million Schilling lag. Trotz Behindertenmilliarde hat sich dieser Missstand seit damals kaum gebessert, und viele Aktive stellen nicht nur ihre Arbeitszeit ehrenamtlich und damit unentgeltlich zur Verfügung sondern finanzieren ihre Aktivitäten auch selbst. In der Regel gibt es auch für Selbsthilfegruppenleiter keine Supervision, die gerade in der Arbeit mit psychisch Erkrankten unerlässlich sein müsste.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die österreichische Selbsthilfe bei Psychiatriebetroffenen entwickelte sich erst Ende der 90er Jahre zu einer nennenswerten Institution und übernimmt Verantwortung. Empowerment und Recovery werden zu weit verbreitenden Begriffen und leiten auch eine neue Ära ein. Unter den heute tätigen Aktivisten finden sich auch ehemalige Patienten, deren Schädigungen durch psychiatrische Interventionen glaubhaft sind. In den letzten Jahren wurden Betroffenenvertreter zu internationalen Kongressen eingeladen, wo sie sich außerordentlich gut bewährten. Zählt man die Mitglieder der Selbsthilfegruppen und Vereine zusammen erscheint heute eine Zahl von knapp an die tausend Personen als realistische Schätzung. Die Wertschätzung dieser Leistungen, speziell in finanzieller Hinsicht, ist erschreckend niedrig. Der deutliche Anstieg bei Betroffenen, die sich in der Selbsthilfe formieren, lässt sich auch durch deutliche Verbesserungen in der psychiatrischen Versorgung, als auch durch neue Medikamente mit weniger Nebenwirkungen erklären. Die Selbsthilfe trägt dazu bei, krankheitsbedingte Rückfälle zu verhindern, Menschen in Krisen zu begleiten, sie ist soziales Kompetenztraining und steigert die Lebensqualität.

Christian Horvath
(Entwicklung und Stand 2002)

B.2 Angehörigenselbsthilfe

Die Rolle der Angehörigen

Für die meisten Personen, die an schweren psychischen Erkrankungen und Demenzerkrankungen leiden, sind Angehörige (Familie, Freunde) nicht nur die wichtigsten Bezugspersonen, sondern auch jener Personenkreis, der für die Betreuung und Unterstützung verantwortlich ist. Nur ein Bruchteil der psychisch Erkrankten steht längerfristig in professioneller Betreuung, auch wenn Sie es brauchen würden. Stünden nicht Angehörige zur Verfügung, wären viele psychisch Erkrankte ungewollt auf sich allein gestellt.

Die psychische Erkrankung einer nahestehenden Person beeinflusst aber auch nachhaltig das eigene Leben. Es entstehen Schwierigkeiten im Umgang mit der betroffenen Person, oft darf oder kann mit Außenstehenden nicht über die belastende Situation gesprochen werden. Viele Angehörige reagieren mit Angst, Scham- und Schuldgefühlen, Hilflosigkeit und Ohnmacht, da sie es aufgrund von Informationsmangel und der emotionalen Verwicklungen schwer haben, klare Strukturen, Grenzen und Notwendigkeiten zur heilsamen Beziehungsgestaltung mit den Betroffenen zu erkennen.

Den Angehörigen werden von der Gesellschaft bzw. dem medizinischen System verschiedene Rollen zugeordnet: Wenn ein Mensch mit seinem psychischen Problem in seiner Umgebung auffällig wird, heißt es oft: „Warum verhindern das die Angehörigen nicht? Genieren sollen sie sich, wie kann man seinen Kind/Partner/Eltern nur so rumlaufen lassen.“ Bei den sehr häufigen finanziellen Problemen ist es selbstverständlich, dass Angehörige den Schaden decken. Wenn Patienten aus dem stationären Bereich entlassen werden, ist es oft selbstverständlich, dass die weitere Betreuung von Angehörigen übernommen wird, auch wenn die familiäre Situation schwer belastet ist. Gleichzeitig wird Angehörigen nahegelegt, die Selbständigkeit des Betroffenen zu fördern und eine gesunde Distanz (wie zwischen erwachsenen, selbständigen Kindern und ihren Eltern) einzuhalten.

Auch in finanzieller Hinsicht tragen die Angehörigen die Hauptlast. Durch ihre Betreuungs- und Pflegeleistungen sind die Familien die kostengünstigsten Leistungsträger im Gesundheitswesen. Das soziale System würde ohne diese Leistungen der Familien zusammenbrechen. Den Angehörigen erwachsen nicht nur direkte Kosten, wie z.B. für Hilfen zu Hause, Heilbehelfe, Therapien, sondern auch indirekte Kosten, die nur sehr schlecht erfasst und dokumentiert sind, wie Verdienstentgang, reduzierte Produktivität, frühzeitige Pensionierung, Teilzeitarbeit oder Verlust des Arbeitsplatzes, sowie Verschlechterung des eigenen Gesundheitszustandes.

Durch die krankheitsbedingten Veränderungen im Verhalten der Patienten kann das tägliche Zusammenleben zu einer großen psychischen und physischen Belastung für die Angehörigen führen. Daher kommt es auch bei den Angehörigen oft zum gefürchteten Burnout-Syndrom und es ist wichtig, schon erste Anzeichen zu erkennen und zu behandeln. Oft sind die Bezugspersonen total erschöpft und leiden selbst an körperlichen und seelischen Störungen.

Aufgabe, Sinn und Zweck von Selbsthilfegruppen

Das entscheidende Merkmal von Selbsthilfe-Gruppen ist, dass sie in eigener Sache handeln. Die Teilnehmer gehen nicht in die Gruppe, um anderen zu helfen, wie es in vielen anderen sozialen Vereinen der Fall ist, sondern primär um sich selbst zu helfen. Sie bringen sich selbst als Betroffene ein und handeln nach ihren eigenen Bedürfnissen. Selbsthilfe-Gruppen arbeiten mit einem ganzheitlichen Ansatz, man beschäftigt sich nicht

nur mit der Krankheit selbst, sondern versucht soziale und psychische Probleme positiv zu beeinflussen und belastenden Bedingungen zu verändern. Ziel für die Teilnehmer ist es, die eigenen Probleme und Konflikte gemeinsam zu bearbeiten, aus den Erfahrungen der anderen zu lernen, Informationen zu erhalten und auszutauschen, sich gegenseitig zu stützen, eigene Gefühle auszudrücken und mit anderen teilen zu können, zu erleben, dass man mit seinem Schicksal nicht alleine ist. Hier können die betroffenen Angehörigen Erfahrungen austauschen, Hilfe und Ermutigung finden, Erschöpfungszustände, Stressreaktionen und emotionale Probleme (Schuld- und Schamgefühle, Aggressionen, Versagensängste, depressive Verstimmungen, Hoffnungslosigkeit) besprechen und bearbeiten. Die Erfahrung von anderen verstanden zu werden, hilft auch sich selbst besser zu verstehen.

Die Gruppe bietet auch die Möglichkeit einen neuen Freundeskreis zu finden und einer möglichen Isolation entgegenzuwirken. Viele Angehörige haben nur mehr wenige soziale Kontakte, die Freunde bleiben fern und auch die betroffenen Familien ziehen sich immer mehr zurück. In der Gruppe erhalten die Angehörigen auch Anerkennung ihrer Leistungen und ihrer Person und die Möglichkeit der Kommunikation mit anderen Menschen. Die Teilnahme an einer Selbsthilfe-Gruppe ist oft der erste Schritt nach außen und kann weitere Schritte der Entlastung nach sich ziehen. Die Angehörigen lernen, sich ihre Überbelastung einzugestehen und zu überblicken, was noch alles auf sie zukommen kann. Sie werden sich in der Gruppe ihrer Belastungen oft erst richtig bewusst und lernen, ihre Situation als eine Vielzahl zusammenhängender Einzelprobleme zu begreifen. Damit ist ein wichtiger Schritt in Richtung Problemlösung getan.

Die Unterstützung durch die Selbsthilfe-Gruppe ist kein einmaliger Vorgang, sondern muss als permanentes Angebot gelten. Die Angehörigen bedürfen einer einfühlsamen Begleitung während des gesamten Krankheitsverlaufes und die Sicherheit eines stabilen sozialen Umfeldes.

Es hat sich gezeigt, dass die Teilnahme an einer Selbsthilfe-Gruppe zu einer deutlichen Entlastung und Verbesserung der Lebensqualität der Angehörigen führt, in der Folge auch zu einem verständnisvolleren Umgang mit dem Erkrankten und zu einer Verbesserung seiner Lebensqualität. Die Häufigkeit von stationären Aufenthalten wird reduziert und die Patienten können in der gewohnten Umgebung verbleiben.

Die Angebote der Angehörigengruppen umfassen darüber hinaus Einzelberatungen, Informationen über die Krankheiten und deren Verlauf, bezüglich Diagnose und Therapiemöglichkeiten, sowie über soziale Hilfsangebote und gemeindenahe Ressourcen und schließlich auch über finanzielle, rechtliche und ethische Fragen.

Gut informierte Angehörige können Problemen besser bewältigen, wissen an wen sie sich wenden können, wenn sie Hilfe benötigen und sind für die Zukunft besser gerüstet.

Die wichtigsten Aufgaben einer Selbsthilfe-Angehörigengruppe sind daher: Information, Hilfe beim Aufbau eines Helfernetzes, Psychische Unterstützung, Erfahrungsaustausch und Interessensvertretung

Zwei Beispiele: HPE und AAA

HPE – Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter

Der erste HPE Verein (Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter) wurde 1978 als Zusammenschluss von Angehörigen, die in ihrer Situation Unterstützung suchten, in Wien gegründet. Derzeit gibt es für jedes Bundesland einen eigenen HPE-Verein und den Dachverband HPE-Österreich.

Im Mittelpunkt der Aktivitäten steht die Selbsthilfe von Angehörigen für Angehörige. In rund 50 Selbsthilfegruppen finden die nahen Bezugspersonen psychisch Erkrankter die Möglichkeit, sich mit Anderen, die ähnliche Erfahrungen machen wie man selbst, auszutauschen, von den Erfahrungen Anderer zu profitieren, Informationsmaterial auszutauschen und Unterstützung zu finden. Weiters besteht hier die Möglichkeit zu Einzelgesprächen mit „erfahrenen“ Angehörigen, oder an Informationsveranstaltungen teilzunehmen. Zeitweise werden verschiedene Experten eingeladen, um den Angehörigen nötige Informationen zu geben, ihnen weiterzuhelfen.

HPE fungiert auch als Interessensvertretung der Angehörigen im psychiatrischen wie politischen Bereich, so werden Vertreter der HPE in allen Bundesländern (mehr oder weniger) in die Planung der regionalen psychiatrischen Versorgung einbezogen so wie zu verschiedenen psychiatriereelevante Gremien auf Landes- oder Bundesebene eingeladen. Der Dachverband HPE-Österreich betreibt in Wien eine Familienberatungsstelle, die sich auf die Probleme der Angehörigen spezialisiert hat. Experten aus den verschiedensten Grundberufen (Diplomsozialarbeiter, Psychotherapeuten, Ärzte, u.a.) helfen Angehörigen in Sachfragen und dabei, den eigenen, individuellen Weg in ihrer schwierigen Situation zu finden. Zu den Angeboten zählen u.a. Einzelberatungen, fachärztliche Beratung, sozialrechtliche Beratung, verschiedene Schwerpunkt-Seminare, themenspezifische Selbsthilfegruppen, Selbsterfahrung und Familientherapie.

Jährlich findet eine zweitägige Österreich weite Tagung für Angehörige statt und die ehrenamtlichen Moderatoren der Selbsthilfe-Gruppen haben die Möglichkeit an verschiedenen Weiterbildungsseminaren teilzunehmen. Ein besonderes Informationsmedium stellt die Zeitschrift KONTAKT dar, die in verständlicher Sprache die wichtigsten Informationen und Entwicklungen für Angehörige, Betroffene, Professionisten und andere Interessierte aufbereitet.

HPE-Österreich (Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter)
Bernardgasse 36/14
1070 Wien
Tel.: 01/5264202
Fax: 01/5264202-20
Email: office@hpe.at
Web: www.hpe.at

AAA - Alzheimer Angehörige Austria

Die Selbsthilfegruppe AAA wurde 1990 in Wien gegründet. Derzeit stehen wir mit etwa 1100 Familien in Kontakt, mit engagierten Ärzten, sozial-medizinischen Organisationen und vielen Gruppen im In- und Ausland. Unser Ziel ist es, Angehörigen von Alzheimer-Kranken eine gute Beratung und wirksame Unterstützung zukommen zu lassen, ihnen frühzeitig viel Information und Verständnis für die Krankheit zu vermitteln und mit ihnen entsprechend ihrer familiären Situation nach Hilfsmöglichkeiten zu suchen.

Daher bieten wir den Angehörigen:

- Viel Zeit für persönliche Gespräche
- Regelmäßige Treffen mit Vorträgen und Erfahrungsaustausch
- Psychotherapeutische Unterstützung
- Trainingsseminare
- Information zur Krankheits- und Betreuungssituation sowohl aus persönlichen Erfahrungen als auch durch fachkundige Hinweise (Sachwalterschaft, Pflegegeld)
- Öffentlichkeitsarbeit und Vorträge, um die Krankheit zu enttabuisieren und die Bevölkerung zu rechtzeitigen Untersuchungen anzuregen

In Österreich gibt es derzeit 30 Alzheimer-Selbsthilfe- oder Angehörigengruppen, mit denen eine enge Zusammenarbeit besteht und ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch stattfindet. Seit 1993 sind wir Mitglied von Alzheimer Europe und Alzheimer`s Disease International (ADI). Auch diese Kooperation und der Ideenaustausch mit den ausländischen Gruppen sind sehr wichtig und förderlich für unsere Arbeit hier vor Ort.

Alzheimer Angehörige Austria
1020 Wien, Obere Augartenstrasse 26 – 28
Tel. (01) 332 51 66
Fax: (01) 334 21 41
E-mail: alzheimeraustria@via.at
Web: www.alzheimer-selbsthilfe.at
Büro: Mo. Mi. Fr. 10 – 12 Uhr

Edwin Ladinser, HPE-Österreich

Antonia Croy, Alzheimer-Angehörige-Austria

(Entwicklung und Stand 2002)

B.3 Laienhilfe

Im Zeitalter der „gemeindenahen“ Psychiatrie, in dem psychisch Kranke den überwiegenden Teil ihres Lebens außerhalb von Krankenanstalten verbringen hat die Laienhilfe eine wesentliche Brückenfunktion zum normalen Alltag. Im Folgenden wird das diesbezüglich Österreich weit historisch erste Programm, das vom „Psychohygienischen Dienst der Stadt Wien“ vor nahezu 40 Jahren initiiert wurde und heute von „Pro mente Wien“ durchgeführt wird, beispielhaft dargestellt. Ähnliche Programme gibt es auch in anderen Bundesländern.

Sozialbegleitung - ein Modell der pro mente Wien

Organisierte Bürgerhilfe im sozialpsychiatrischen Bereich hat in Wien eine lange Tradition. Schon 1965 - Jahre vor der Umsetzung der Psychiatriereform - begannen ehrenamtliche Mitarbeiter der pro mente Wien mit der Begleitung und Unterstützung psychisch erkrankter Menschen. Univ.Doz.Dr. Raoul Schindler, der mit dieser Idee die pro mente infirmis Wien gründete, ermöglichte damit seinen und vielen anderen Patienten des Psychiatrischen Krankenhauses der Gemeinde Wien eine erste Begleitung in den Alltag außerhalb von Anstaltsmauern. Die erste Aufgabe der damaligen „Pflegschaftshelfer“ war die Begleitung auf das Pflegschaftsgericht, um eine „Wiederbemündigung“ für den Klienten einzuleiten, der meist Jahrzehnte, oft sogar ein Leben lang in einer Anstalt verbracht hatte, und dort weder über eigene Kleidung noch Geld oder sonstiges Eigentum verfügte. Die Pflegschaftshilfe als Vorläufer der Sozialbegleitung ging also konform mit der gerade beginnenden Psychiatriereform - die Einleitung autonomer Lebensführung für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Das Leiden an psychischen und sozialen Beeinträchtigungen ist heute noch so aktuell wie damals. Soziale Ausgrenzung, Einsamkeit und Isolation sind Themen, mit denen die Sozialbegleiter täglich konfrontiert werden. Das respektvolle Angebot und die Erfahrung von Nähe können dazu verhelfen, dass ein Mensch aus dem Labyrinth seines seelischen Leidens wieder herausfindet. In der Begegnung mit einem anderen Menschen kann er wieder Mut fassen, um Vertrauen in sich selbst, zum Mitmenschen und zur Welt aufzubauen.

Soziale Psychiatrie braucht daher neben medizinischer Versorgung mit Beratungs-, Wohn-, Arbeits- und Freizeitangeboten das Engagement von „Laien“, die eine Brückenfunktion zum Normalen anbieten.

Das Motto **„regelmäßig - kontinuierlich - verlässlich und kostenfrei“** gilt bis heute.

Die hohe Beanspruchung des ehrenamtlichen Angebotes zeigt deutlich den Stellenwert, den ein freiwilliges Beziehungsangebot für die Klienten darstellt. Von den Angeboten der pro mente Wien wird Sozialbegleitung am häufigsten in Anspruch genommen. Das freiwillige, ehrenamtliche Engagement kommt vor allem im Angebot der Sozialbegleitung, der Akutbegleitung sowie bei zahlreichen Gruppenangeboten zum Einsatz.

Sozialbegleitung

Hier gilt die Aufmerksamkeit den nicht beeinträchtigten Möglichkeiten des Lebens an sich. Da Sozialbegleiter sich nicht als Betreuer verstehen, stehen sie zwar für Anliegen des Klienten zur Verfügung, aber ganz im Sinne einer gleichberechtigten Beziehung wird gemeinsam vereinbart, welcher Aktivität die Treffen gewidmet sein sollen. Gespräche, Freizeitaktivitäten, aber auch Begleitung zu Behörden, Arztbesuchen etc. sind hier möglich. Sozialbegleitung ist eine 1:1-Begleitung und findet in der Regel zweimal wöchentlich à ca. 2 Stunden statt. Eine derartige Begleitung ist über Jahre hinweg möglich.

Akutbegleitung

Diese wurde im Jahr 2000 speziell für dringliche und kurz dauernde Begleitungen eingerichtet. Hauptanliegen ist meist die gemeinsame Wahrnehmung von Terminen. So sind z. B. mannigfaltige Anträge, Telefonate, Wege und Termine für eine Wohnungsbesiedelung einzuhalten, die manche Menschen schon im Vorfeld überfordern. Weiters melden sich hier oft Menschen in akuten psychischen Krisen, so z. B. mit schweren Angststörungen, die ohne eine Begleitung nicht mehr aus dem Haus gehen können und um Abholung und Begleitung ersuchen.

Anträge für Sozial- und Akutbegleitung erfolgen schriftlich und kommen von Betroffenen selbst, Angehörigen, Psychiatrischen Stationen, Niedergelassenen Professionisten und Psychosozialen Institutionen.

Gruppenangebote

Langdauernder Rückzug kann auch zu „Gewöhnungseffekten“ führen. Interessen und Fähigkeiten gehen grundsätzlich nicht verloren, sind aber oft tief verschüttet. Das Lustvolle am Leben muss erst (wieder) gelernt werden. Die Themen der Gruppenangebote werden von den Klienten selbst vorgeschlagen und decken somit auch eine Bandbreite an Bedürfnissen in unterschiedlichen Lebensbereichen ab. So dienen einige der Angebote z. B. der (Wieder-)Gewinnung von Unabhängigkeit, andere widmen sich dem Körperbewusstsein bis hin zum Ausleben kreativer Fähigkeiten. Um den Zugang möglichst niedrigschwellig zu halten, genügt hier eine telefonische Anmeldung. 2001 gab es insgesamt 14 Gruppenangebote mit 273 Terminen.

Aus- und Fortbildung

Die Verantwortung der ehrenamtlichen Sozialbegleiter liegt vor allem im Umgang mit sich selbst und mit dem Klienten. Aus- und Fortbildung dient daher nicht vorrangig der Ansammlung von Wissen, sondern als Grundlage für die Begleitung und der Ressourcenförderung.

Grundschulung

Seit 1965 werden die ehrenamtlichen Mitarbeiter bei pro mente Wien in der Volkshochschule Wiener Urania, und seit 1997 auch in der VHS 9, über ein Semester lang auf ihre Tätigkeit vorbereitet. Alle Vortragenden sind im Bereich der (Sozial-)Psychiatrie tätig und vermitteln so ein erstes „Rüstzeug“, um einen psychisch erkrankten Menschen in seinem Alltag zu begleiten. Diese erste Einschulung mit nachfolgendem Abschluss- und Einstellungsgespräch ist Bedingung für die ehrenamtliche Mitarbeit in der Sozialbegleitung. Die Kursteilnehmer erhalten dabei die Möglichkeit, im Austausch mit anderen Interessenten, Betroffenen und Angehörigen psychisch erkrankter Menschen, die eigene Motivation für ein freiwilliges Engagement zu überprüfen.

Folgende Themen kommen zur Sprache:

- 1) pro mente Wien stellt sich vor: Dienstleistungen für psychiatrieerfahrene Menschen
- 2) Von der Krise zur Störung
- 3) Krankheitsbild Schizophrenie
- 4) Umgang mit schizophrenen Menschen
- 5) Krankheitsbild Manie und Depression
- 6) Umgang mit manisch-depressiven Menschen
- 7) Suchterkrankung
- 8) Psychische Erkrankungen bei alten Menschen
- 9) Medikamente in der Psychiatrie
- 10) Bericht eines Psychiatererfahrenen
- 11) Sachwalterschaft und Patientenadvokatur
- 12) Psychosoziale Versorgung in Wien
- 13) Psychotherapie und Psychiatrie
- 14) Erfahrungsbericht eines Sozialbegleiters
- 15) Abschlussgespräch

Seminare und Tagungen

Sozialbegleiter besuchen zumindest einmal jährlich eine Fortbildungsveranstaltung. Diese ist verpflichtend und wird von pro mente Wien bezahlt, wobei Sozialbegleiter zwischen verschiedenen Themen wählen können. Ganz im Sinne der Mitarbeitermotivation steht es Sozialbegleitern auch frei, zwischen tätigkeitsbezogenen Themen und Seminaren zur Persönlichkeitsentwicklung zu wählen. Auch Entsendungen zu Fachtagungen sind möglich. Folgende (zertifizierte) Veranstaltungen wurden bisher von pro mente Wien angeboten:

- Umgang mit psychiatriee erfahrenen Menschen in bedrohlichen Situationen
- Die Burnout-Gefahr im psychosozialen Bereich
- Umgang mit paranoiden Patienten
- Psychiatrische Erkrankungen im Alter
- Kontakt - Beziehung - Intimität
- Umgang mit Psychopharmaka und deren Nebenwirkungen

Supervision

Ebenfalls seit 1965 sind Sozialbegleiter verpflichtet, zumindest einmal monatlich eine Gruppensupervision zu besuchen. Je nach Bedarf steht auch die Möglichkeit von Einzelsupervision zur Verfügung.

Regelmäßige Mitarbeitergespräche dienen der Reflexion der gemachten Erfahrungen und der Erhebung von Weiterbildungsbedarf. Die Einbringung eigener Ideen bezüglich

weiterer Angebote ist willkommen. Auch die Mitarbeit bei Planung und Umsetzung von Angeboten steht Sozialbegleitern frei.

Abschließend ist festzuhalten, dass sich die ehrenamtliche Alltagsbegleitung psychisch erkrankter Menschen in einem Spannungsbogen zwischen Freiwilligkeit, organisierter Tätigkeit und professioneller Unterstützung befindet und eigentlich als Ergänzung und Herausforderung in jeder sozialen Psychiatrie verankert sein sollte.

Felicitas Heindl, ehemals pro mente Wien

B.4 Anti-Stigma-Arbeit

Im Zuge der Bemühungen, die falschen Vorstellungen über schizophrene Störungen zu überwinden, hat die World Psychiatric Association (WPA, Weltverband für Psychiatrie) eine weltweite Anti-Stigma-Kampagne initiiert. Die Kampagne, die die zahlreichen verbreiteten Mythen und Missverständnisse, die sich um die Schizophrenie ranken, zerstreuen und die Diskriminierung reduzieren soll, wird weltweit in mehr als 80 Ländern umgesetzt. Von 2000 bis 2002 fand sie in Österreich statt. Die Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) wurde mit der Durchführung der Kampagne in Österreich beauftragt und hat sie in Kooperation mit der Österreichischen Schizophreniegesellschaft und dem Dachverband der Vereine und Gesellschaften für psychische und soziale Gesundheit, pro mente austria, umgesetzt. Dem Folder der Kampagne wurde folgender Text entnommen:

Die mit den Vorurteilen gegen schizophrene Störungen einhergehende Stigmatisierung stellt eine zusätzliche große Belastung für die Betroffenen dar. Das Stigma verursacht einen Teufelskreis der Entfremdung und Diskriminierung. Soziale Isolierung, Unfähigkeit zur Arbeit oder Abhängigkeiten gehören zu den häufigen Konsequenzen. Die Chance der Genesung wird dadurch wesentlich vermindert. "Um das Stigma zu beseitigen und die Diskriminierung zu reduzieren, gilt es, den verbreiteten Fehlmeinungen über die Erkrankung präzise Fakten entgegenzusetzen. Das ist eine der Zielsetzungen des "Österreich-Programms zur Entstigmatisierung von Menschen mit schizophrenen Störungen", sagt Doz. Schöny. Durch Information und Aufklärung können Fehlmeinungen abgebaut und ein neues Bewusstsein über schizophrene Störungen in der Öffentlichkeit geschaffen werden. Zur erfolgreichen Durchführung des Programms ist es wesentlich, alle Beteiligten - also Betroffene, Angehörige und Ärzte - zu involvieren und ihnen Unterstützung und Hilfe anzubieten. "Das Programm baut auf den Erfahrungen von Betroffenen auf", so der Initiator der weltweiten Kampagne und ehemalige WPA-Präsident Norman Sartorius.

Zu den Elementen der Kampagne gehörten:

TV-Spots zum Start: Den Auftakt zur Kampagne stellte ein Fernsehspot dar, der von Mitte August bis Ende September 2000 Österreich weit ausgestrahlt wurde. Im Spot wurde mit dem Hinweis auf eine Hotline unmittelbare Hilfe für Betroffene und ihre Angehörigen angeboten.

Aktivitäten: Die Anti-Stigma-Kampagne stellt eine Aktionsplattform für die einzelnen Aktivitäten dar. Je nach regionalen Bedürfnissen konnten diese von unterschiedlicher Art sein. Die Palette der Aktivitäten reichte von Vorträgen über Schulprogramme bis hin zur Öffentlichkeitsarbeit in Kooperation mit regionalen Medien und Workshops für Journalisten. Im Vordergrund der Schulprogramme, die in Niederösterreich, Tirol, Oberösterreich und der Steiermark angeboten wurden, steht das Wecken von

Verständnis für psychisch Kranke. Positiv und befruchtend war die Zusammenarbeit der Organisatoren mit anderen Organisationen und Interessensvertretungen.

Ein Teil der Schulprogramme haben dadurch Nachhaltigkeit bewiesen, dass sie jetzt noch laufen. Das Programm in der Steiermark wird sogar vom Gesundheitsressort finanziert, von der Psychiatriekoordinatorin unterstützt und vom Dachverband der sozialpsychiatrischen Vereine der Steiermark gemeinsam umgesetzt. Als Beispiel werden hier jährlich ca. 50 2-3-stündige Termine in den Schulen durchgeführt, die von einem Professionisten und einem Betroffenen abgehalten werden. Jährlich werden weit mehr als 1000 Schüler erreicht. Die häufigsten Rückmeldungen der Schüler, was besonders gut gefallen hat, sind: Das Gespräch mit den Betroffenen (ca. 250mal pro Jahr) und die Offenheit bzw. Ehrlichkeit der Betroffenen (ca. 200mal pro Jahr).

C - Stationäre psychiatrische Versorgung

Einleitung

Psychiatrische Behandlung und psychosoziale Betreuung finden heute in vielen institutionellen Settings, Organisations- und Finanzierungsformen statt, in ambulanten, teilstationären und komplementären, in medizinischen und nicht-medizinischen Diensten und Einrichtungen. Für den schon am längsten regulierten medizinischen Bereich liegen naturgemäß am ehesten Daten vor, hier wieder besonders für den Krankenanstaltenbereich, der hier dargestellt wird. Je weiter weg man institutionell oder geographisch vom Krankenhaus kommt, desto schwächer wird die Datenlage.

Dieses Kapitel enthält weiterführende Auswertungen zum Krankenanstaltenkapitel des Österreichischen Psychatrieberichts 2001 (ÖPB01), dessen Datenreihen bis zum Jahr 1999 reichten. Wo immer möglich und sinnvoll, wurden die Auswertungen hier bis zum Jahr 2002 fortgeführt. Für die in allen Bundesländern vorhandenen außerstationären Einrichtungen wird auf die in Teil A besprochenen Bundesländerpläne verwiesen, die großteils auch eine Darstellung des außerstationären Sektors enthalten.

Teil C gliedert sich in vier Abschnitte, von denen sich drei auf Krankenanstalten beziehen (C1 Anzahl der Betten, C2 Inanspruchnahme dieser Betten und C3 Unterbringungen nach dem Unterbringungsgesetz) und einer auf Justizanstalten (C4 psychisch abnorme Rechtsbrecher). Für das Kapitel C1 (Betten) konnte die vom BMGF erstellte Krankenhausstatistik ausgewertet werden, für Kapitel C2 (Inanspruchnahme) die ebenfalls vom BMGF zur Verfügung gestellte Datenbank über die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF).

Für das bessere Verständnis der Auswertungen in Teil C sind die folgenden methodischen Vorbemerkungen wichtig:

a) Zur Bettensystematik

Die LKF-Systematik kennzeichnet bettenführende Funktionsbereiche in Krankenanstalten mit einem 6-stelligen Funktionscode, in dem an der 3. und 4. Stelle der „Fachhauptbereich“ enthalten ist. Auf die Psychiatrie beziehen sich die Fachhauptbereiche 61 „Psychiatrie und Neurologie gemischt“, 62 „Psychiatrie“ und 64 „Kinder- und Jugendneuropsychiatrie“. Die 5. und 6. Stelle dienen der weiteren Spezifizierung (z.B. Psychiatrie allgemein, Alkoholiker- und Drogenbetreuung, Rehabilitation etc.). Da die Trennung der Fächer Neurologie und Psychiatrie in Österreich sehr spät erfolgt ist, gibt es immer noch „gemischte“ Abteilungen (61 und 64), was hier, je nach Fragestellung zum Teil berücksichtigt wurde, zum Teil nicht.

b) Zur Diagnostik

Seit 1.1.2001 wird in Österreich die 10. Revision der „International Classification of Disease (ICD-10)“ verwendet. Zur Angleichung an die davor verwendete ICD-9 gibt es Rück-Übersetzungsalgorithmen von ICD-10 auf ICD-9, wobei sich jedoch bei manchen Diagnosen (z.B. Depression) Probleme bei der Rückcodierung ergeben, weshalb spezifische diagnostische Zeitreihen fehlerhaft werden. Diagnosenspezifische Auswertungen werden deshalb hier nicht als Zeitreihen sondern lediglich für das Jahr 2002 präsentiert, und zwar in der Diagnosenaufteilung nach Kapitel F der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10). Die LKF-Systematik lässt eine Hauptdiagnose und eine unbegrenzte Zahl von Nebendiagnosen zu (seit 2001; davor maximal neun). Manche der folgenden Auswertungen beziehen sich nur auf Hauptdiagnosen, manche nur auf Nebendiagnosen und manche sowohl auf Haupt- als auch auf Nebendiagnosen.

C.1 Psychiatrische Krankenhausbetten

Im ÖPB01 war bereits darauf hingewiesen worden, dass gegenüber der Situation Mitte der 70er-Jahre die aktuelle "Krankenhausszene" in Bezug auf Psychiatrie einerseits durch eine deutliche Reduktion spezifisch gewidmeter psychiatrischer Betten gekennzeichnet ist, andererseits recht vielgestaltig geworden ist. So gab es im Juni 1974 zehn psychiatrische Krankenanstalten mit 11.763 Betten (zuzüglich drei relativ kleiner Abteilungen an Universitätskliniken)⁴¹, während die Gesamtzahl psychiatrischer Betten im Jahre 2002 bereits deutlich unter 5000 lag.

Auch haben wir es heute in Österreich mit über dreißig stationären Einrichtungen zu tun, die speziell der Behandlung von psychisch Kranken gewidmet sind, und zwar mit psychiatrischen Sonderkrankenanstalten, psychiatrischen und gemischt neurologisch/psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, speziellen geronto-psychiatrischen sowie kinder-/jugendpsychiatrischen Abteilungen und Einrichtungen, psychosomatischen Abteilungen und schließlich mit Abteilungen und Krankenanstalten für die Behandlung von Alkohol- und Drogenabhängigkeit.

Die deutliche Reduktion der Bettenzahl und die Vermehrung der Einrichtungen hat zu einer Verringerung der durchschnittlichen Einrichtungsgröße geführt – ein wichtiges Ziel jeder Psychiatriereform. Großkrankenhäuser mit mehreren tausend Betten, wie es sie noch in den 70er Jahren gab, sind praktisch verschwunden.

In diesem Zusammenhang verdient eine schon im ÖPB01 beschriebene Entwicklung, die sich in den letzten Jahren fortgesetzt hat, besonders hervorgehoben zu werden: Die zunehmende Errichtung von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Es handelt sich dabei um „rein“ psychiatrische Abteilungen im Unterschied zu vereinzelt noch bestehenden gemischt neurologisch/psychiatrischen Abteilungen, die im Zuge der Fächeraufteilung in Neurologie einerseits und Psychiatrie andererseits ebenfalls zunehmend getrennt werden. Im ÖPB01 waren sechs solche Abteilungen genannt worden (in Niederösterreich Hollabrunn, Neunkirchen, Waidhofen/Thaya; in Wien das Donauespital und das Kaiser-Franz-Josef-Spital; in Tirol Kufstein). Zur Zeit sind mindestens dreizehn weitere rein psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in Planung, in Bau oder kurz vor der Eröffnung: zwei im Burgenland (Eisenstadt, Oberwart), zwei in Niederösterreich (Tulln, Baden), drei in Oberösterreich (Braunau, Vöcklabruck, Steyr), eine in Salzburg (Schwarzach), drei in Kärnten (Spittal, Villach, Wolfsberg) und zwei in Tirol (Lienz, Zams).

Diese sich laufend verändernde Szene macht einen Langzeitvergleich der Bettensituation schwierig. Kompliziert wird die langfristige Vergleichbarkeit auch dadurch, dass in den letzten Jahren zahlreiche Langzeitpatienten aus psychiatrischen Krankenhäusern in Heime verlegt wurden, manchmal nur „administrativ“ am gleichen Anstaltsgelände. Abweichungen der hier vorgelegten gegenüber der Darstellung im ÖPB01 sind durch seither erfolgte retrospektive Umkodierungen von Funktionsbereichen (im Sinne einer faktischen Korrektur durch einzelne Krankenanstalten) erklärlich.

In den Abb. C-1a, C-1b und C-1c sind die tatsächlich aufgestellten psychiatrischen Betten (ohne Tages- und Nachtambulanzplätze) im Mehrjahresvergleich dargestellt. Da die Systematik der Codierung wegen der Vielfalt stationärer Einrichtungen für die psychiatrische Versorgung sehr komplex ist, wurden zwei Auswertungsstrategien gewählt: eine mit einer „weiten“ und eine mit einer „engen“ Definition psychiatrischer Betten; die

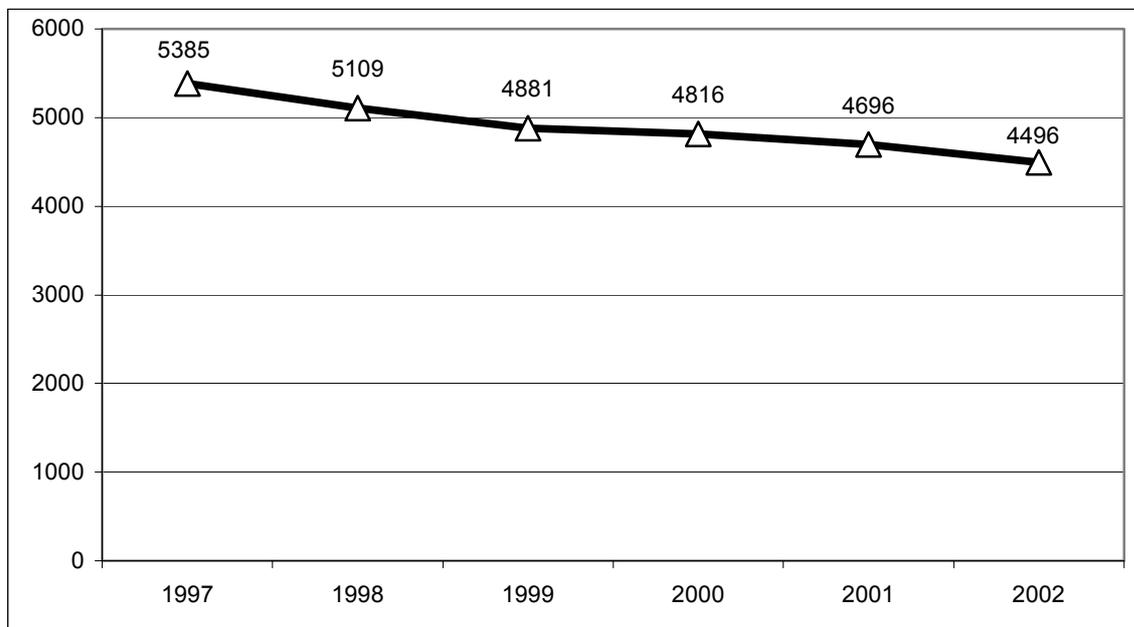
⁴¹ Katschnig H., I. Grumiller, R. Strobl: Daten zur stationären Psychiatrischen Versorgung Österreichs. Teil 1: Inzidenz, Teil 2: Prävalenz. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien 1975

„enge“ wiederum mit zwei verschiedenen Unterteilungen, in denen sich Betten in „traditionellen“ und „neuen“ psychiatrischen Einrichtungen abbilden sollen.

In der „weiten“ Bettendefinition (Abb. C-1a) sind sowohl Erwachsenen- als auch Kinder/ Jugendpsychiatrie-Betten enthalten, sowie als gerontopsychiatrisch ausgewiesene Betten an „gemischten“ Abteilungen für „Neurologie und Psychiatrie“. Diese Bettenzahlen nehmen laufend ab (1997-2002 um 16,5%) und entsprachen im Jahr 2002 einem Bettenschlüssel von 0,56 je 1000 Einwohner.

Abb. C-1a: Tatsächlich aufgestellte psychiatrische Betten (ohne Tages- und Nachtambulanzplätze) 1997-2002 - Weite Definition

Enthalten: Fachhauptbereich 62: Psychiatrie = psychiatrische Krankenanstalten und psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Fachhauptbereich 64: Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, Fachhauptbereich 61: Neurologie und Psychiatrie (nur, wenn eigens als Gerontopsychiatrie gekennzeichnet)



In den folgenden beiden Abbildungen (C-1b und C-1c) sind, einer „engen“ Definition folgend, ausschließlich Betten enthalten, die im Funktionscode den Fachhauptbereich 62 = (Erwachsenen-)Psychiatrie aufweisen; Betten für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie und Betten an gemischt neurologisch-psychiatrischen Abteilungen sind also nicht enthalten.

Auch bei dieser engen Definition zeigt sich zwischen 1997 und 2002 eine Abnahme, die sich jedoch in den letzten Jahren abflacht, was zum Teil darauf zurück-zuführen ist, dass neue Abteilungen und Krankenanstalten gegründet wurden (z.B. eine psychiatrische Rehabilitationseinrichtung mit 33 Betten in Klagenfurt). Im Jahr 2002 entsprach die „enge“ Definition einem Bettenschlüssel von 0,53 je 1000 Einwohner. In den Abbildungen C-1b und C-1c sind die psychiatrischen Betten „im engeren Sinn“ auf zwei verschiedene Arten in „traditionelle“ und „neue“ eingeteilt.

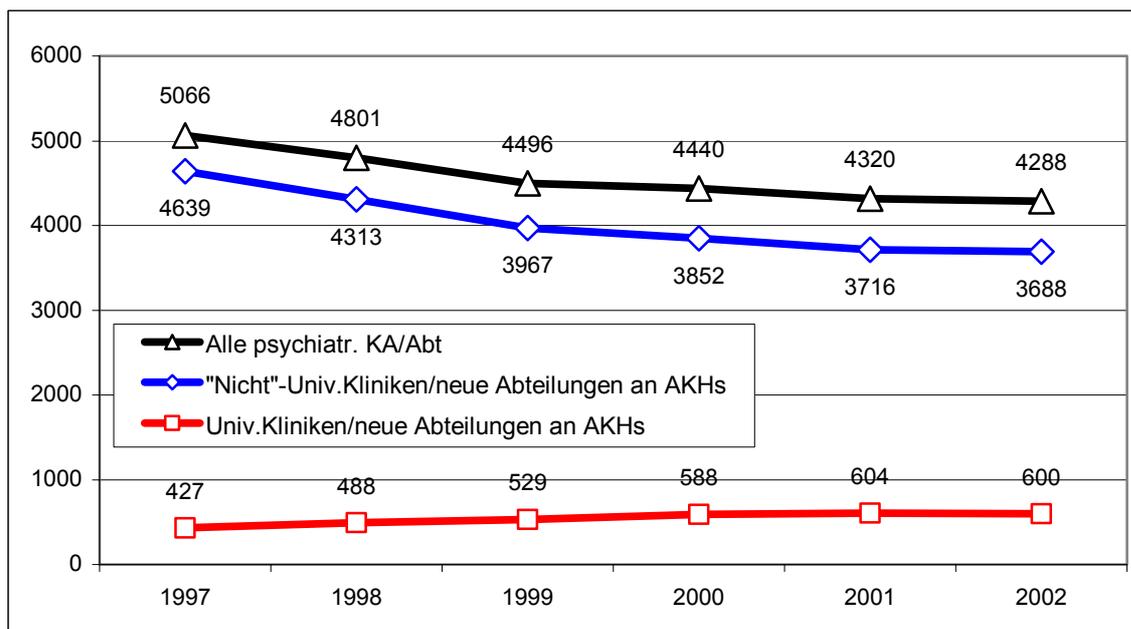
In Abb. C-1b sind Betten an psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern allen anderen psychiatrischen Betten gegenübergestellt. Zu den psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zählen hier die drei psychiatrischen Universitätskliniken in Graz, Innsbruck und Wien sowie insgesamt sechs psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern (Hollabrunn, Neunkirchen, Waidhofen an der Thaya, Kaiser-Franz-Josef-Spital und Donauspital in Wien, Bezirkskrankenhaus Kufstein), außerdem eine „gemischte“ Abteilung im Krankenhaus Villach mit eigens ausgewiesenen psychiatrischen Betten. In der Abb. C-1b und allen späteren Abbildungen, die sich auf diese Betten beziehen, wird die Bezeichnung „Univ. Kliniken/neue Abteilungen an AKHs“ verwendet. Die Bettenzahlen in diesen psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sind seit 1997 um 40% gestiegen (von 427 auf 600). Im Jahr 2002 betrug der diesbezügliche Bettenschlüssel 0,07 je 1000 Einwohner.

Die „restlichen“ Betten werden in Abb. C-1b und den entsprechenden späteren Abbildungen als „Nicht“-Univ.Kliniken/neue Abteilungen an AKHs“ bezeichnet. Im Jahre 2002 gab es 3688 derartige Betten, was einem Schlüssel von 0,46 je 1000 Einwohner entsprach.

Anders ausgedrückt: Rund 14% der psychiatrischen Betten waren 2002 in Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern (600 von 4.288) - 1997 waren es erst 8,4% gewesen (427 von 5.066). Mit den 13 oben erwähnten neu geplanten psychiatrischen Abteilungen wird sich dieser Anteil in den nächsten Jahren deutlich erhöhen.

Abb. C-1b: Tatsächlich aufgestellte psychiatrische Betten für Erwachsene (ohne Tages- und Nachtambulabetten) 1997-2002
Enge Definition
Unterteilung 1: Getrennt nach
Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern vs. Rest (s. Text)

Enthalten: Fachhauptbereich 62: Psychiatrie = psychiatrische Krankenanstalten und psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.
Nicht enthalten: Fachhauptbereich 64 = Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, Fachhauptbereich 61 = Neurologie und Psychiatrie

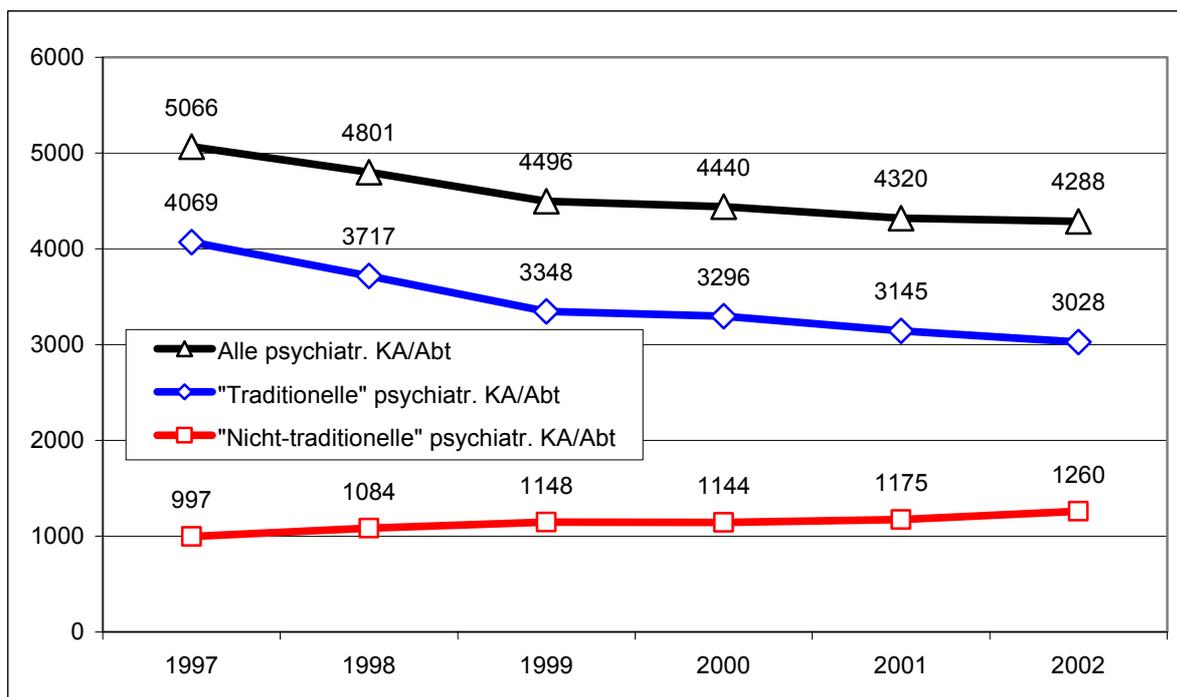


Die Gruppierung in Abb. C-1b ist nur eine Möglichkeit, psychiatrische Betten zu klassifizieren. Da es beispielsweise auch allein stehende kleine psychiatrische Krankenhäuser in der Nähe eines Allgemeinkrankenhauses gibt (z.B. in Wels), die de facto die Funktion einer psychiatrischen Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus erfüllen, wurde noch eine zweite Aufteilung der psychiatrischen Betten vorgenommen (Abb. C-1c). In eine Gruppe wurden die zehn „traditionellen“ psychiatrischen Krankenanstalten (im Falle von Kärnten auch eine Abteilung am Allgemeinkrankenhaus), die bereits Mitte der 70er Jahre existierten, zusammengefasst und den psychiatrischen Betten in allen anderen Krankenanstalten gegenübergestellt. „Traditionell“ heißt hier, dass diese Einrichtungen schon seit sehr langer Zeit bestehen und etwa im Jahre 1974 über die bereits erwähnten 11.763 tatsächlich aufgestellten psychiatrischen Betten verfügten⁴² – 2002 hatten sie zusammen nur mehr 3028 Betten. Bei der Aufteilung der Betten nach diesen Kriterien waren 2002 70,6% (3028) aller Betten in „traditionellen“ und fast 30% (1260) in „nicht-traditionellen“ Einrichtungen⁴³.

Abb. C-1c: Tatsächlich aufgestellte psychiatrische Betten für Erwachsene (ohne Tages- und Nachtambulabetten) 1997-2002
Enge Definition
Unterteilung 2: Getrennt nach
„traditionellen“ für ein Bundesland zuständigen psychiatrischen
Krankenanstalten/Abteilungen vs. Rest (s. Text)

Enthalten: Fachhauptbereich 62: Psychiatrie = psychiatrische Krankenanstalten und psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

Nicht enthalten: Fachhauptbereich 64 = Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, Fachhauptbereich 61 = Neurologie und Psychiatrie



⁴² Katschnig H., I. Grumiller, R. Strobl: Daten zur stationären Psychiatrischen Versorgung Österreichs. Teil 1: Inzidenz, Teil 2: Prävalenz. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 1975

⁴³ Anzumerken ist, dass in allen Auswertungen auch Betten für Suchterkrankungen enthalten sind. Da an manchen Krankenanstalten und Abteilungen die Versorgung von Abhängigkeitserkrankungen nicht eigens ausgewiesen ist, in anderen schon, ist eine Differenzierung nicht möglich.

C.2 Inanspruchnahme von Krankenhausbetten

Die in diesem Teil enthaltenen Auswertungen beruhen für die Jahre 1997 bis 2002 auf Daten, die für die „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)“ erfasst werden („Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen“ BGBl. Nr. 745/1996). Dabei werden so genannte Landesfondskrankenanstalten und Nicht-Landesfondskrankenanstalten unterschieden, für die jedoch im Hinblick auf die hier vorgenommenen Auswertungen identische Daten an der BMGF berichtet werden. Das LKF-System lässt eine Hauptdiagnose und 9 (seit 2001 auch mehr) Nebendiagnosen zu. Für das Jahr 1996 standen die analogen Meldungen zur Verfügung, die aufgrund der entsprechenden davor bestehenden gesetzlichen Bestimmungen erfasst wurden⁴⁴.

LKF-Daten werden primär zur Abrechnung von Leistungen erhoben, so dass im Wesentlichen nur die dafür notwendigen Merkmale regelhaft erfasst werden (dazu zählen beispielsweise nicht Unterbringung von Patienten nach dem Unterbringungsgesetz⁴⁵). Eine weitere Eigenart ist, dass LKF-Daten erst zum Zeitpunkt der Entlassung eines Patienten gemeldet werden. Dies ist für die Abbildung der Inanspruchnahme, also der Aufnahmen, problematisch, da Patienten, die nicht entlassen wurden, nicht erfasst sind. In gewisser Weise hat sich allerdings in den letzten Jahren ein „Gleichgewicht“ zwischen Aufnahmen und Entlassungen herausgebildet - es gibt (im Gegensatz zu früher) nur mehr sehr wenige Patienten, die aufgenommen und erst nach mehreren Jahren oder überhaupt nicht entlassen werden -, sodass der Fehler durch die Verwendung von Entlassungsdaten relativ gering ist.

C.2.1 Alle Krankenanstalten: Entlassungen mit psychiatrischen vs. nicht psychiatrischen Diagnosen

Die Anzahl aller Entlassungen aus den über 300 österreichischen Krankenanstalten (KA) hat seit 1996 stetig zugenommen, von 2.005.941⁴⁶ im Jahr 1996 auf 2.319.883 im Jahr 2002 (plus 15,7% seit 1996), mit einer leichten Abflachung der Zunahme seit 1999 (Abb. C-2a). Erstaunlich ist, dass dieser Wert fast 30% aller Einwohner Österreichs entspricht (2002: 28,8%). Vereinfacht ausgedrückt: Im statistischen Schnitt wird mehr als jeder 4. Österreicher einmal pro Jahr stationär in einem Krankenhaus aufgenommen.

Im Jahr 2002 wurde bei 107.120 aller Entlassungen (4,6%), also bei rund jeder 20. Entlassung, eine psychiatrische Hauptdiagnose angegeben (unabhängig davon, ob der entsprechende Patient auch eine psychiatrische Nebendiagnose hatte oder nicht). Dieser prozentuelle Anteil an psychiatrischen Hauptdiagnosen ist zwischen 1997 und 2002 mit Werten zwischen 4,6% und 4,8% nahezu gleich geblieben (Abb. C-2b).

⁴⁴ Aus Anlass der Einführung der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF 1997) wurden die davor gültigen Bestimmungen in das oben genannte Bundesgesetz überführt.

⁴⁵ Diese Daten sollen zwar erhoben werden, werden aber offenbar nicht vollständig berichtet, wie aus einem Vergleich mit einer eigens durchgeführten Untersuchung hervorgeht: Forster R., H. Kinzl: Statistische Informationen zur Vollziehung des Unterbringungsgesetzes. Teil 4:2000. Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie, Wien 2002

⁴⁶ Gezählt sind hier und im Folgenden lediglich Entlassungen aus vollstationärer Behandlung, nicht also Entlassungen aus teilstationärer Behandlung (Tageskliniken, Nachtkliniken)

Abb. C-2a: Entlassungen aus dem stationären Bereich aller Krankenanstalten (psychiatrischen und nicht-psychiatrischen) 1996 bis 2002 nach psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Hauptdiagnosen

Absolutzahlen

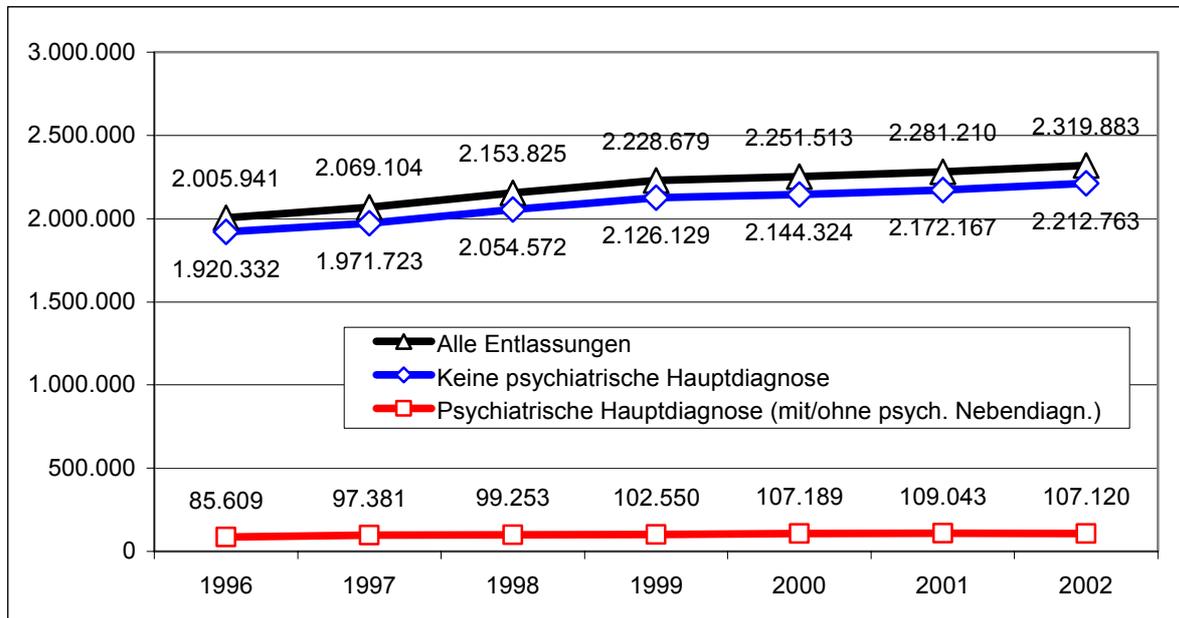
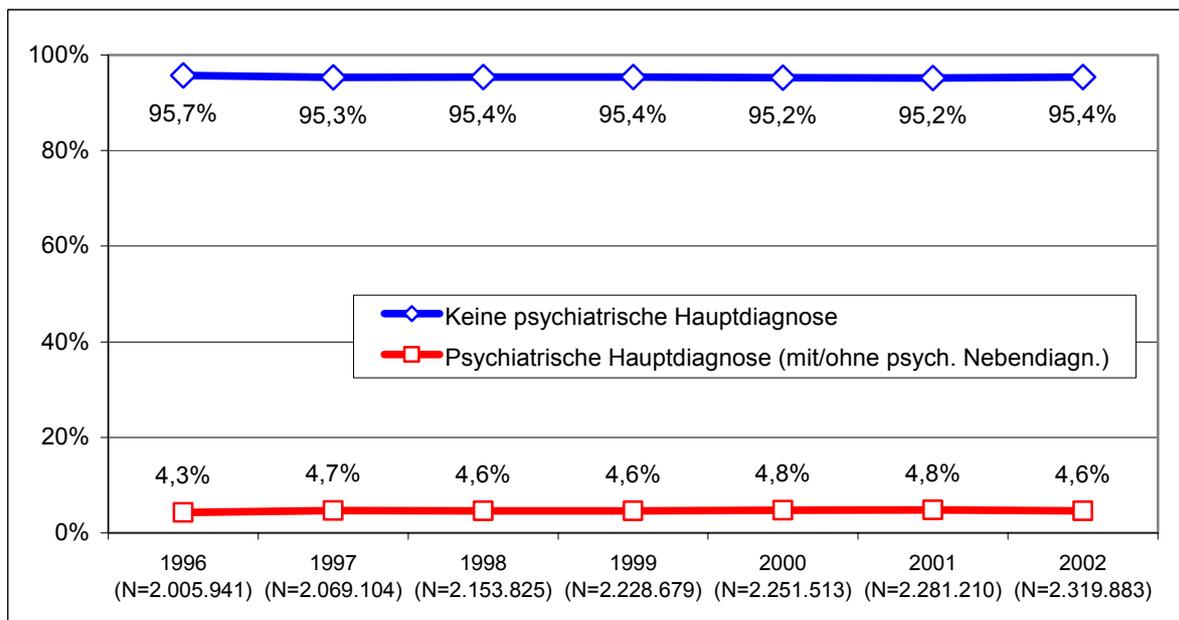


Abb. C-2b: Entlassungen aus dem stationären Bereich aller Krankenanstalten (psychiatrische und nicht-psychiatrische) 1996 bis 2002 nach psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Hauptdiagnosen

Prozent



Bezieht man auch psychiatrische Nebendiagnosen bei den Entlassungen, die keine psychiatrische Hauptdiagnose aufweisen, in die Analyse ein, so zeigt sich, dass im Jahr

2002 bei 233.853 aller 2.319.883 Entlassungen (aus allen Krankenanstalten, also nicht nur aus psychiatrischen) mindestens eine psychiatrische Diagnose gestellt wurde. Mehr als jede zehnte Krankenhausespisode endete also im Jahr 2002 mit mindestens einer psychiatrischen Diagnose, sei es als Haupt- oder als Nebendiagnose. Die absoluten Zahlen von Entlassungen mit einer psychiatrischen Diagnose sind von 1996 (155.922) auf 2002 (233.853) beträchtlich gestiegen (+50%), der relative Anteil an allen Spitalsentlassungen stieg von 7,8% auf 10,1% (Abb. C-3a und C-3b).

Abb. C-3a: Entlassungen aus dem stationären Bereich aller Krankenanstalten 1996 bis 2002 nach psychiatrischen Haupt- oder Nebendiagnosen vs. Rest (keine psychiatrische Diagnose)

Absolutzahlen

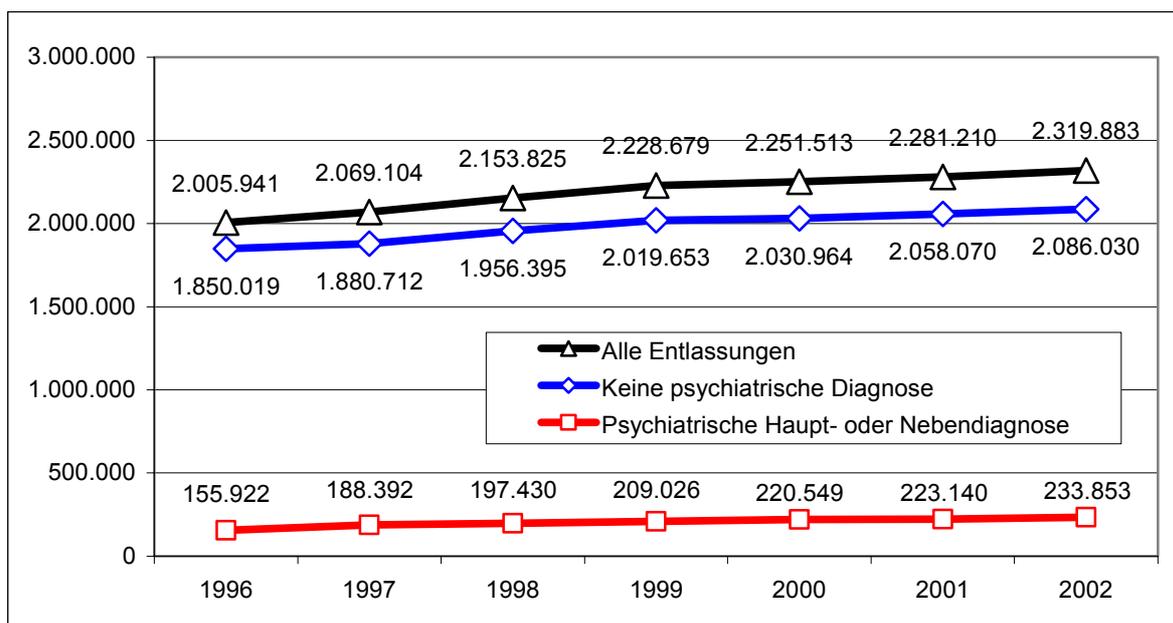


Abb. C-3b: Entlassungen aus dem stationären Bereich aller Krankenanstalten 1996 bis 2002 nach psychiatrischen Haupt- oder Nebendiagnosen vs. Rest (keine psychiatrische Diagnose)

Prozent

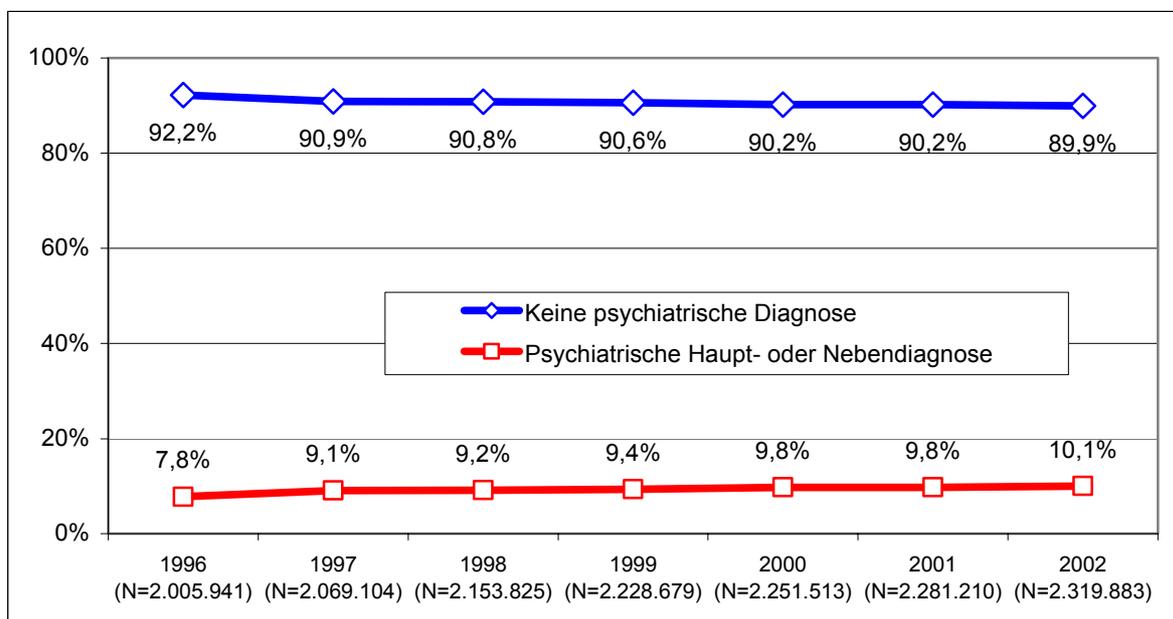


Abb. C-4a und C-4b zeigen das Verhältnis der Entlassungen mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose zu Entlassungen mit mindestens einer psychiatrischen Nebendiagnose (bei einer körperlichen Hauptdiagnose, also ohne psychiatrische Hauptdiagnose) im Zeitraum 1996-2002.

Abb. C-4a: Entlassungen aus dem stationären Bereich aller Krankenanstalten 1996 bis 2002

Psychiatrischen Hauptdiagnosen vs. psychiatrische Nebendiagnosen (ohne psychiatrische Hauptdiagnose)

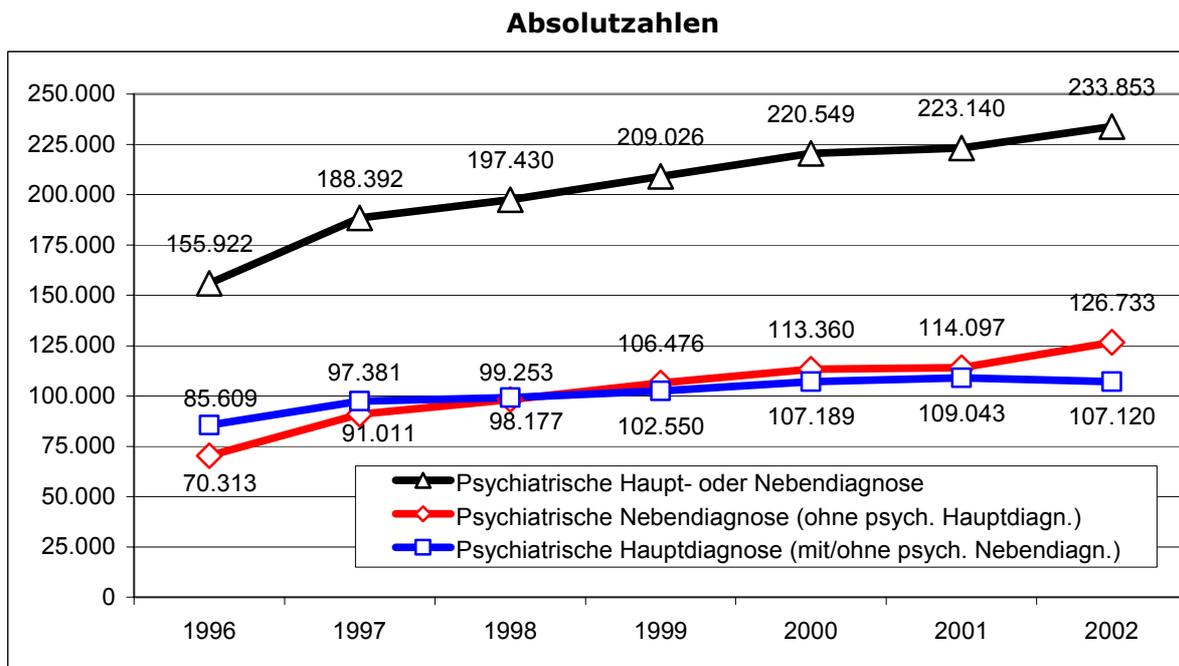
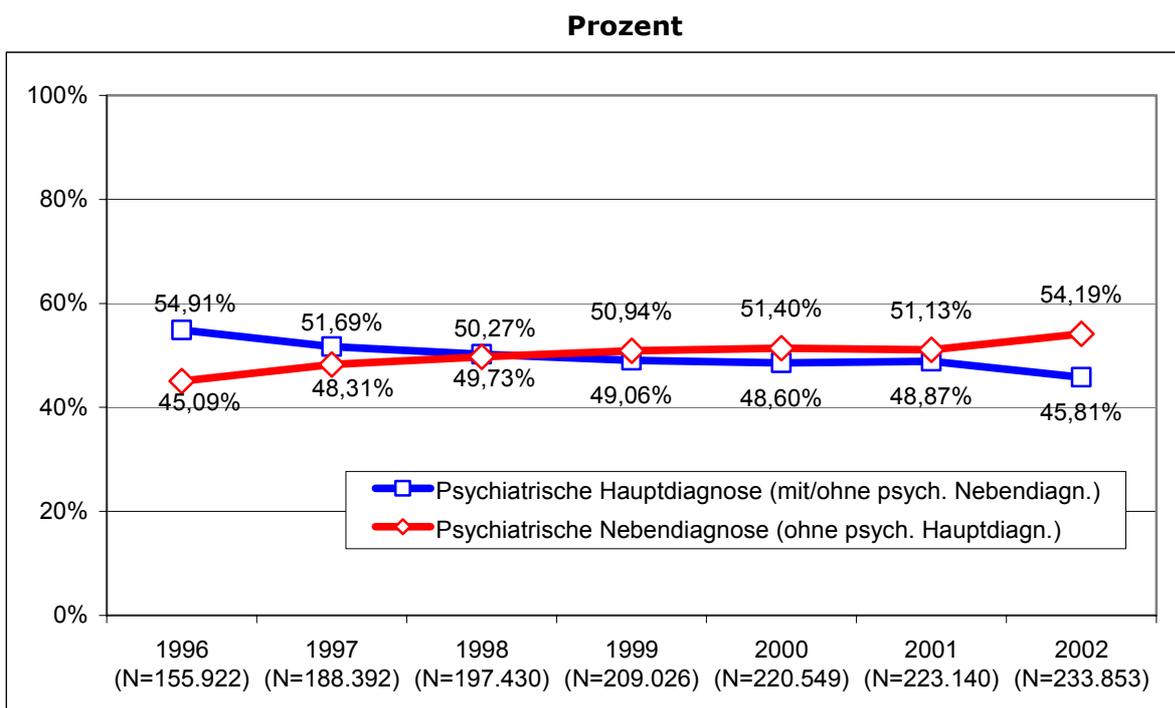


Abb. C-4b: Entlassungen aus dem stationären Bereich aller Krankenanstalten 1996 bis 2002 Anteil der Haupt- bzw. Nebendiagnosen an allen psychiatrischen Diagnosen



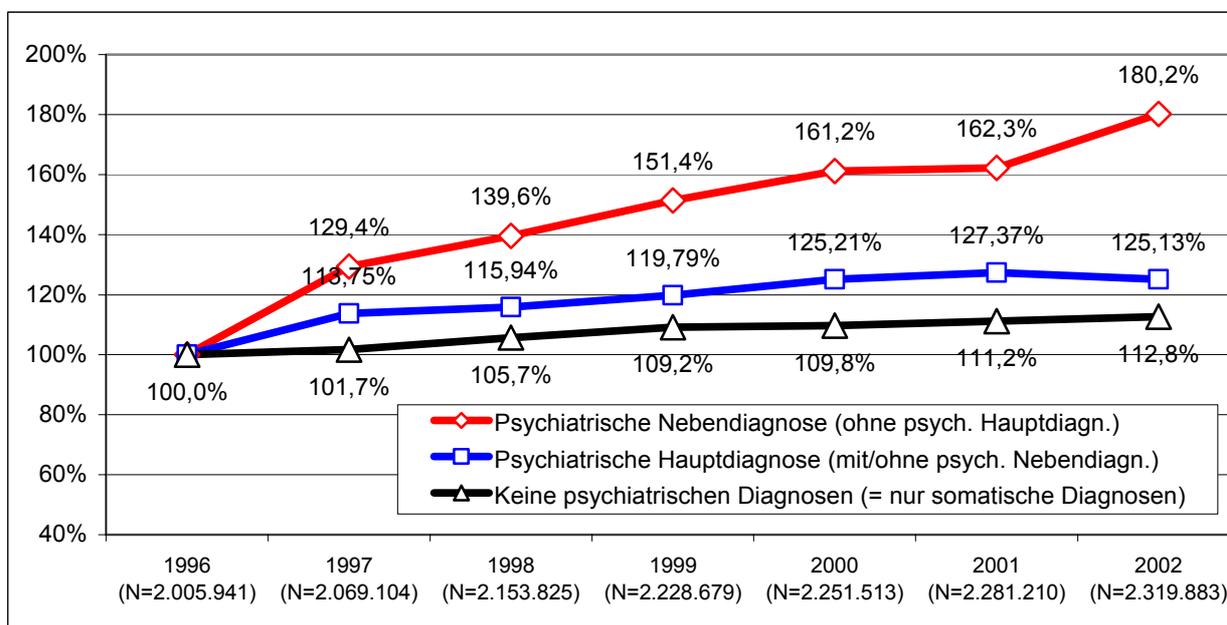
Entlassungen mit psychiatrischen Nebendiagnosen nehmen dabei deutlicher zu als Entlassungen mit Hauptdiagnosen. Während es im Jahr 1996 mit rund 70.000 (45%) noch beträchtlich weniger Entlassungen mit Neben- als mit Hauptdiagnosen gab, kehrt sich das Verhältnis ab dem Jahr 1998 um. 2002 ist die Zahl der Entlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen mit 107.120 (46%) sogar leicht rückläufig, Entlassungen mit psychiatrischen Nebendiagnosen (ohne psychiatrische Hauptdiagnose) nehmen hingegen weiter stark zu (126.733; 54%). Mit anderen Worten: Offenbar werden psychiatrische Nebendiagnosen bei Patienten, die primär eine körperliche Hauptdiagnose haben, immer häufiger, ob durch bessere Erfassung oder durch tatsächliche Zunahme, ist nicht klärbar.

In Abbildung C-4c ist die Zunahme der Entlassungen mit psychiatrischen Nebendiagnosen (ohne gleichzeitige psychiatrische Hauptdiagnosen) noch deutlicher zu erkennen. Bezogen auf 1996 beträgt die prozentuelle Steigerung bis 2002 mehr als 80%. Die Zahl der Entlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen hat im gleichen Zeitraum dagegen nur um 25% zugenommen, damit aber immer noch um mehr als doppelt soviel wie Entlassungen mit nicht-psychiatrischen, also somatischen Hauptdiagnosen (ohne psychiatrische Nebendiagnose). Auf diesen Sachverhalt wird in Abschnitt C.2.2.2. näher eingegangen.

Abb. C-4c: Zunahme der Entlassungen aus dem stationären Bereich aller Krankenanstalten 1996 bis 2002

Psychiatrischen Hauptdiagnosen vs. psychiatrische Nebendiagnosen (ohne psychiatrische Hauptdiagnose)

Prozentuelle Änderung bezogen auf 1996 = 100%



C.2.2 Entlassungen mit psychiatrischen Diagnosen aus psychiatrischen vs. nicht-psychiatrischen Betten

Für die folgenden Vergleiche (Abb. C-5a bis C-5d) wurde die „weite“ Definition psychiatrischer Krankenhausbetten herangezogen, wie sie in Abb. C-1a verwendet wurde, und den restlichen, „nicht-psychiatrischen“ Betten gegenübergestellt. Damit sollte sichergestellt werden, dass die nicht-psychiatrischen Abteilungen und Krankenanstalten möglichst „frei“ von auch nur irgendwie psychiatrisch definierten Betten sind.

Wie bereits dargestellt wurden im Jahr 2002 107.120 Patienten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose aus den österreichischen Krankenanstalten (psychiatrische und nicht-psychiatrische gemeinsam gerechnet) entlassen, was einem Prozentsatz von knapp unter 5% aller Entlassungen entspricht (Abb. C-2a und C-2b).

Diese Entlassungen teilen sich auf rund 54% Entlassungen aus psychiatrischen Krankenhäusern/Abteilungen und 46% Entlassungen aus nicht-psychiatrischen Krankenanstalten/Abteilungen auf (Abb. C-5a und C-5b), wobei der Anteil aus nicht-psychiatrischen Betten 1997 (also im ersten Jahr des LKF-Systems) sogar fast 53% betrug, aber seit damals zurückgegangen ist.

Abb. C-5a: Entlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen aus allen KA/Abteilungen 1996 bis 2002

Absolutzahlen

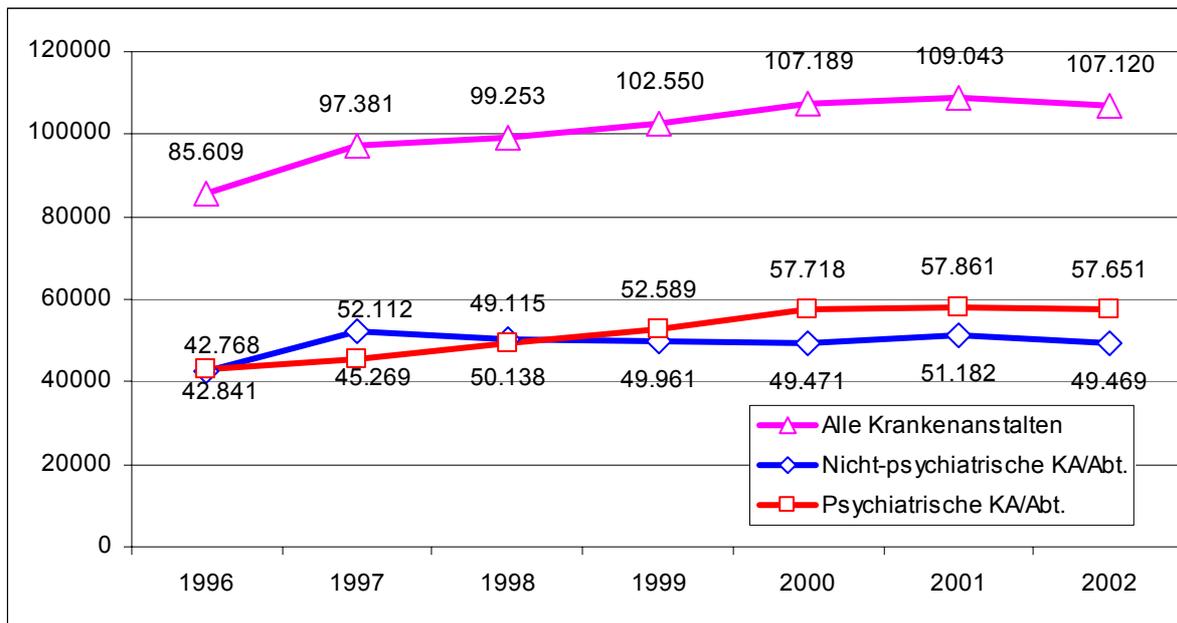
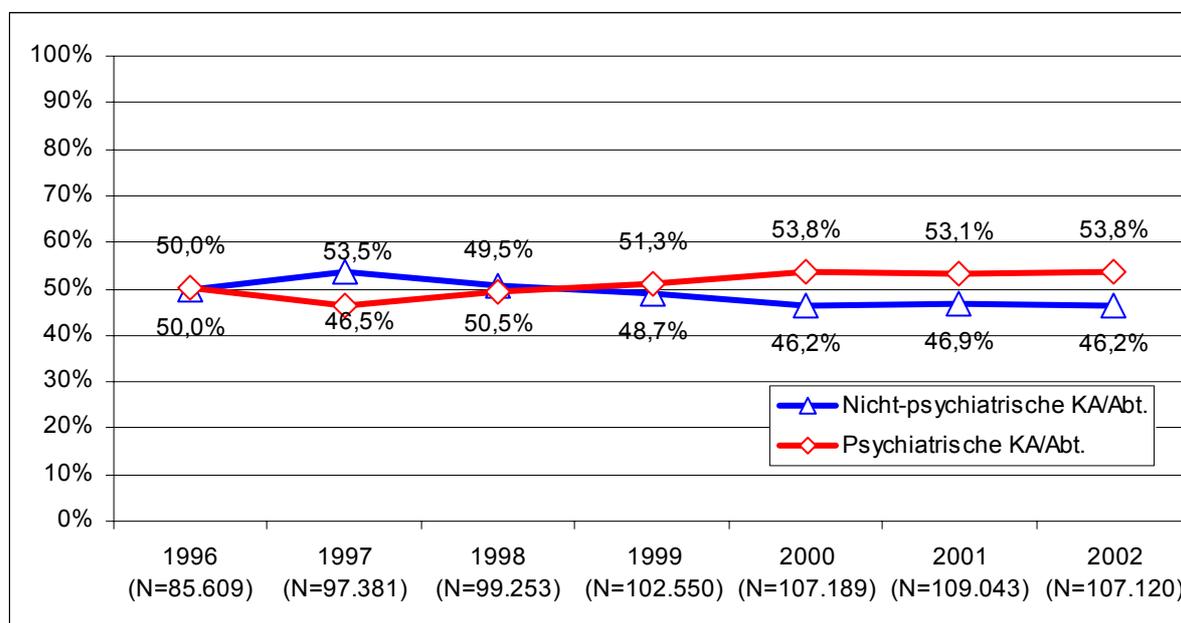


Abb. C-5b: Entlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen aus allen KA/Abteilungen 1996 bis 2002

Prozent



Ein beträchtlicher Teil aller stationären Patienten mit einer psychiatrischen ICD-10 Diagnose werden also nicht in psychiatrischen Fachabteilungen oder Fachkrankenhäusern behandelt.

Noch deutlicher wird dieser Sachverhalt, wenn man auch die Nebendiagnosen berücksichtigt (Abb. C-5c und C-5d). Betrachtet man nämlich die Entlassungen mit psychiatrischer Haupt- oder Nebendiagnose, dann findet sich der überraschende Tatbestand, dass nahezu drei Viertel (74,5%) dieser Entlassungen aus nicht psychiatrischen Abteilungen erfolgen. Dieser Prozentsatz ist über die Jahre hinweg weitgehend konstant geblieben, wobei aber die Absolutzahlen aller Entlassungen mit einer psychiatrischen Diagnose seit 1996 deutlich zugenommen haben.

Fazit: Nur ein Viertel aller Entlassungen aus österreichischen Krankenanstalten, bei denen eine psychiatrische Diagnose vergeben wird, erfolgen aus psychiatrischen Betten, drei Viertel hingegen aus nicht-psychiatrischen Betten. Die Fragen, die sich aus diesem erstaunlichen Sachverhalt ergeben, werden in Abschnitt C.2.2.2 diskutiert.

Abb. C-5c: Entlassungen mit psychiatrischen Haupt- oder Nebendiagnosen aus allen KA/Abteilungen 1996-2002

Absolutzahlen

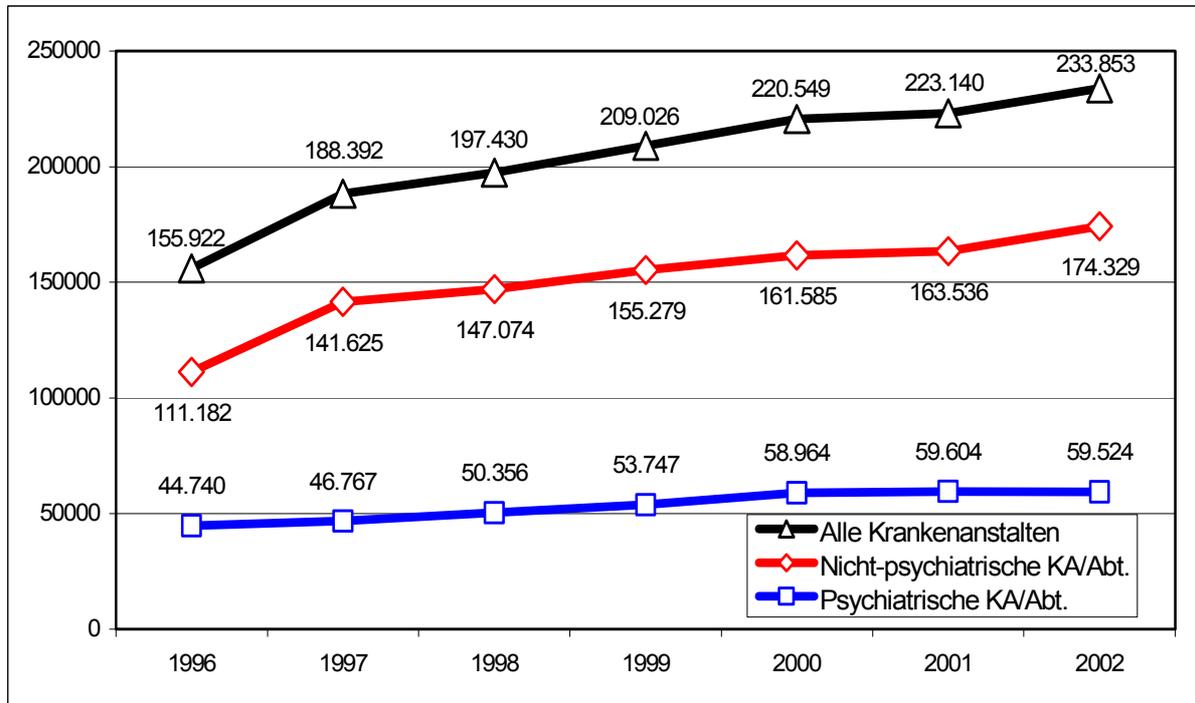
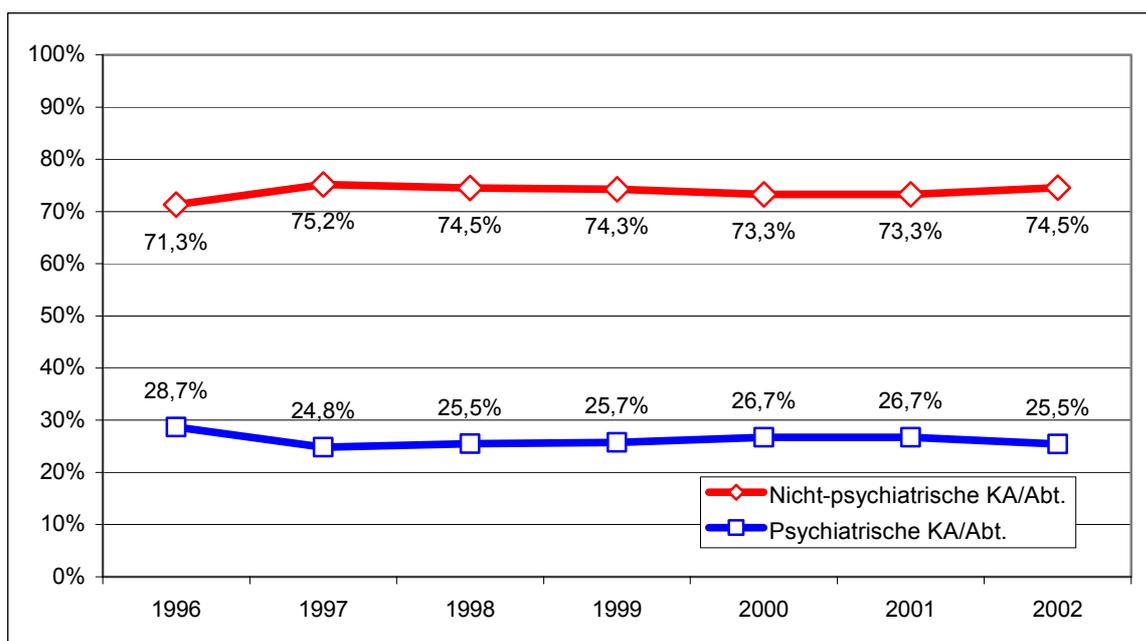


Abb. C-5d: Entlassungen mit psychiatrischen Haupt- oder Nebendiagnosen aus allen KA/Abteilungen 1996 bis 2002

Prozent



C.2.2.1 Entlassungen aus psychiatrischen Betten

Die in diesem Abschnitt beschriebenen Entlassungszahlen beziehen sich jeweils auf bestimmte, genau definierte Bettenbereiche, wie sie im Abschnitt C.1 beschrieben wurden. Wegen der gemischten neurologisch-psychiatrischen Abteilungen (Fachhauptbereich 61) und der ebenfalls gemischten Abteilungen für „Kinder- und Jugendneuropsychiatrie“ (Fachhauptbereich 64) sind „psychiatrische“ Entlassungen über die Definition von Abteilungen nicht eindeutig berechenbar, da bei den Fachhauptbereichen 61 und 64 jeweils eine nicht genau definierte Anzahl von Betten für psychiatrische Erkrankungen verwendet wird. Deswegen beziehen sich die folgenden Auswertungen lediglich auf den Fachhauptbereich 62 (Psychiatrie), was der „engen“ Definition psychiatrischer Krankenhausbetten entspricht (Abb. C-1b und C-1c).

C.2.2.1.1 Zeitlicher Verlauf 1996 bis 2002

Wie den Abbildungen C-6a bis C-6d entnommen werden kann, sind die Entlassungen mit einer psychiatrischen Haupt- oder Nebendiagnose aus psychiatrischen Krankenanstalten und psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern von 1996 bis zum Jahr 2002 um über 20% gestiegen (von 45.008 auf 56.557; für die Darstellung des zeitlichen Verlaufes wurden alle Entlassungen mit einer psychiatrischen Haupt- und/oder einer psychiatrischen Nebendiagnose gezählt). Da die Bettenzahlen im gleichen Zeitraum laufend abgenommen haben (siehe Abbildungen C-1b und C-1c), ergibt sich, dass die Aufenthaltsdauern kontinuierlich abgenommen haben. Während im Jahr 1996 ein Bett durchschnittlich 8,9 Mal pro Jahr belegt war (= 41,2 Tage durchschnittliche Aufenthaltsdauer), betrug dieser Wert im Jahre 2002 13,2 (= 27,7 Tage durchschnittliche Aufenthaltsdauer).

Da die neuen Entwicklungen im Hinblick auf die Errichtung von Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern speziell interessieren, wurden hier (analog der Unterteilung 1 und der Unterteilung 2 in den Abbildungen C-1b und C-1c) die Entlassungen einerseits für die Universitätskliniken für Psychiatrie/die neuen psychiatrischen Abteilungen berechnet und dem „Rest“ gegenübergestellt (Abbildungen C-6a und C-6b); andererseits wurden die traditionellen für jeweils ein ganzes Bundesland zuständigen Krankenanstalten mit dem „anderen Rest“ (also den in den letzten 30 Jahren entstandenen neuen Einrichtungen) verglichen (Abbildungen C-6c und C-6d).

Wie in Abb. C-6a ersichtlich ist, haben Entlassungen aus Universitätskliniken und neuen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern von 1996 bis 2002 auf mehr als das Doppelte zugenommen – diese Erhöhung geht mit einer Vermehrung der entsprechenden Bettenzahlen einher, die aber nicht im gleichen Ausmaß anstiegen, so dass die durchschnittlichen Aufenthaltsdauern an psychiatrischen Universitätskliniken und den Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zwischen 1996 und 2002 ebenfalls abgenommen haben (von 29,6 Tagen auf 19,1 Tage). Entlassungen aus allen anderen stationären psychiatrischen Einrichtungen haben von 39.570 im Jahr 1996 auf 45.118 zugenommen, also prozentmäßig geringfügiger als Entlassungen von Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Über die Jahre zeigt sich damit eine deutliche Zunahme des Anteils der Entlassungen aus Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und eine entsprechende Abnahme in allen anderen psychiatrischen Einrichtungen (Abb. C-6b).

In den Abbildungen C-6c und C-6d sind diese Auswertungen für die in Abb. C-1c getroffene Unterteilung in einerseits „traditionelle“ Krankenanstalten (das sind die schon lange Zeit jeweils für ein Bundesland zentral zuständigen Krankenanstalten) und die restlichen Abteilungen andererseits vorgenommen worden. Bei dieser Aufteilung zeigt sich ein ähnliches Bild wie das soeben beschriebene.

Abb. C-6a: Entlassungen aus psychiatrischen Betten 1996-2002 - Universitätskliniken/neue Abteilungen an AKHs vs. „Nicht“-Universitätskliniken/neue Abteilungen an AKHs Psychiatrische Haupt- oder Nebendiagnosen Enge Definition – Unterteilung 1 (siehe Abb. C-1b)

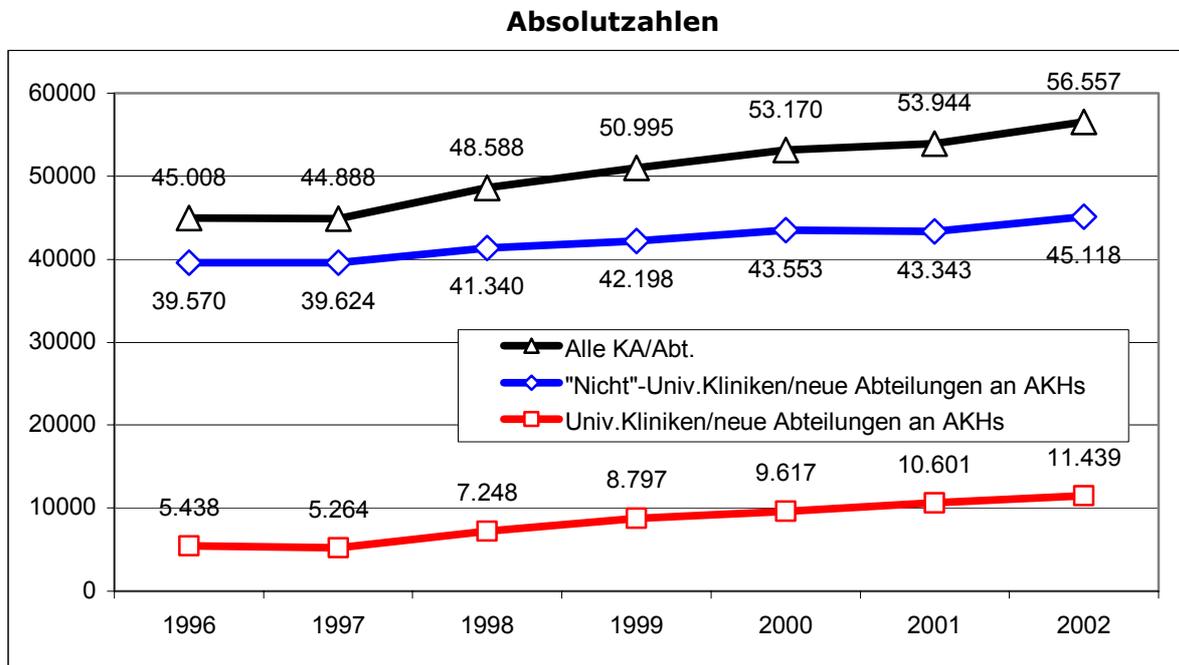


Abb. C-6b: Entlassungen aus psychiatrischen Betten 1996-2002 - Universitätskliniken/neue Abteilungen an AKHs vs. „Nicht“-Universitätskliniken/neue Abteilungen an AKHs Psychiatrische Haupt- oder Nebendiagnosen Enge Definition – Unterteilung 1 (siehe Abb. C-1b)

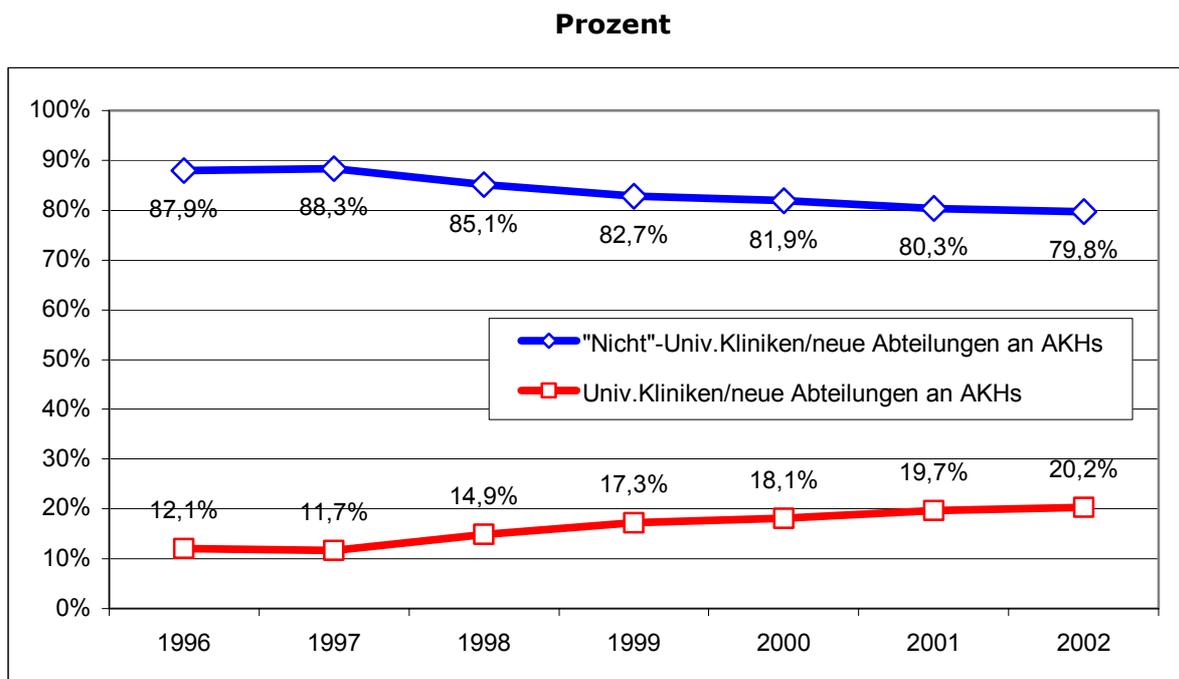


Abb. C-6c: Entlassungen aus psychiatrischen Betten 1996-2002 - „Nicht-traditionelle“ Krankenanstalten/Abteilungen an AKHs vs. „traditionelle“ Krankenanstalten/Abteilungen an AKHs Psychiatrische Haupt- oder Nebendiagnosen Enge Definition – Unterteilung 2 (siehe Abb. C-1c)

Absolutzahlen

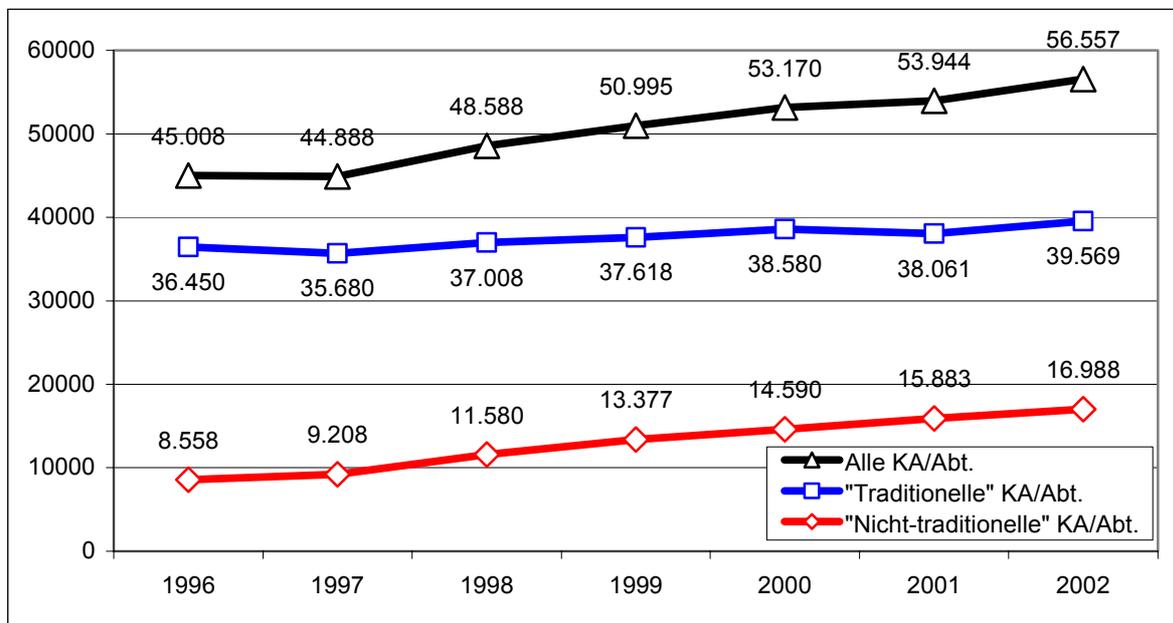
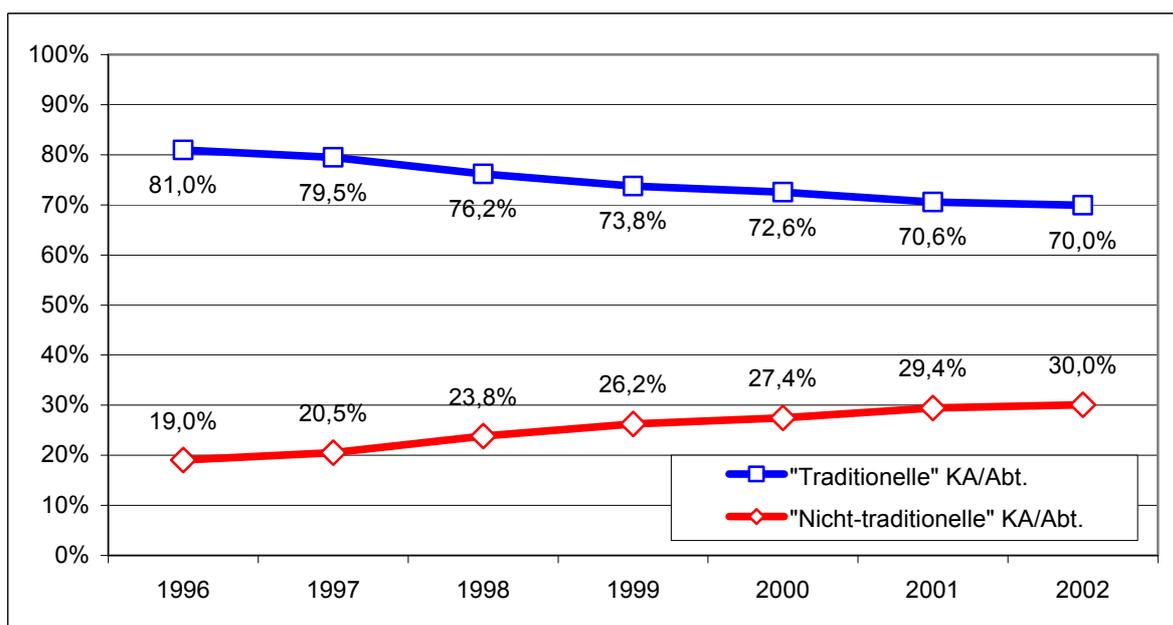


Abb. C-6d: Entlassungen aus psychiatrischen Betten 1996-2002 - „Nicht-traditionelle“ Krankenanstalten/Abteilungen an AKHs vs. „traditionelle“ Krankenanstalten/Abteilungen an AKHs Psychiatrische Haupt- oder Nebendiagnosen Enge Definition – Unterteilung 2 (siehe Abb. C-1c)

Prozent



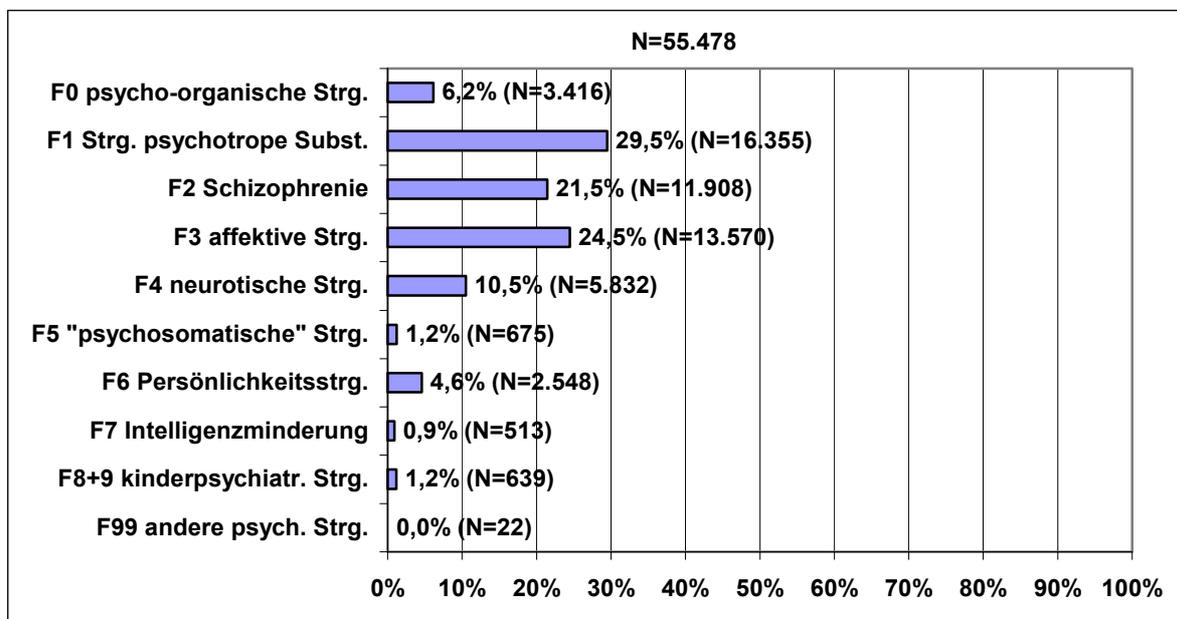
C.2.2.1.2 Psychiatrisches Diagnosen-Spektrum bei Entlassungen aus psychiatrischen Betten 2002

Für das Jahr 2002 sind in den folgenden Abbildungen die Diagnosenspektren für Entlassungen aus psychiatrischen Betten (= Fachhauptbereiche 62 an psychiatrischen Krankenanstalten und psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern) dargestellt. Dies entspricht der „engen“ Definition von psychiatrischen Krankenhausbetten (Abbildungen C-1b und C-1c).

Für diese Auswertungen wurde die Klassifikation nach ICD-10 verwendet. Die Krankheitsgruppen entsprechen den zweistelligen Kategorien (F0 bis F9), mit Ausnahme der Gruppe der kinderpsychiatrischen Störungen, für die F8 und F9 zusammengefasst wurden.

In den Abbildungen C-7a und C-7b wird zunächst das Diagnosenspektrum für sämtliche psychiatrische Betten dargestellt, in den Abbildungen C-8a bis C-8d unterteilt in Universitätskliniken/Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und den Rest, und in den Abbildungen C-9a bis C-9d in traditionelle psychiatrische Krankenanstalten/Abteilungen und den Rest. In allen Fällen wurden die Auswertungen zunächst für die psychiatrische Hauptdiagnose vorgenommen worden (da jeweils nur eine psychiatrische Hauptdiagnose vergeben wird, ist die Summe aller Diagnosen 100%), dann auch für psychiatrische „Haupt- oder Nebendiagnosen“, wobei sich beim Zusammenzählen aller Diagnosen notgedrungen Prozentsätze von über 100 ergeben. Schließlich wurde noch eine geschlechtsspezifische Auswertung durchgeführt (Abb. C-10a und C-10b).

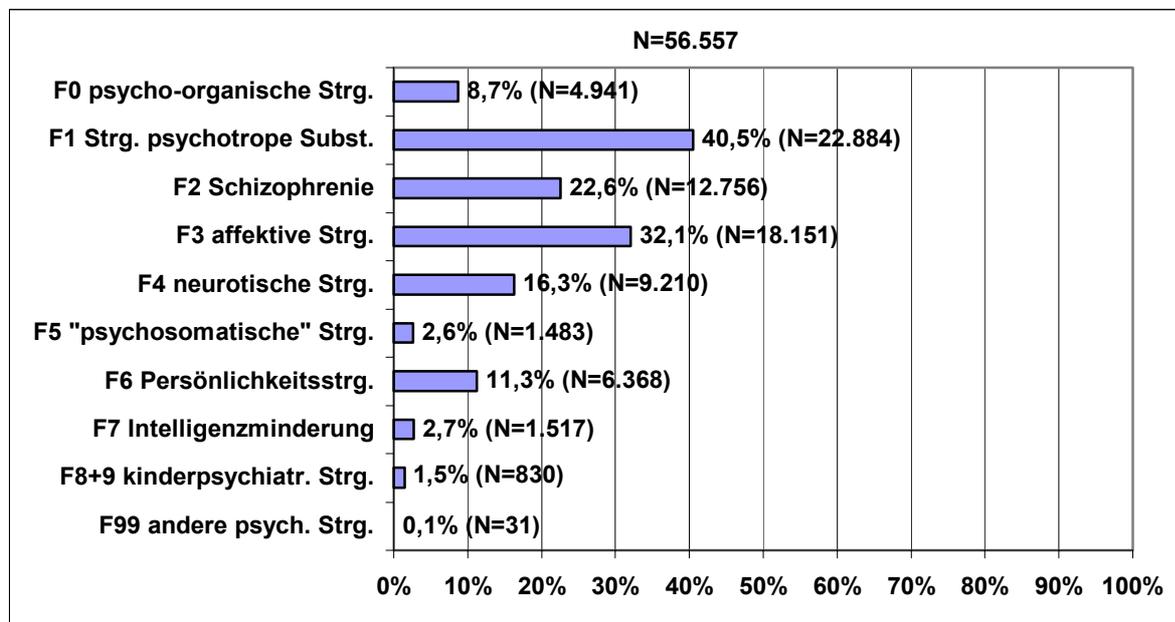
Abb. C-7a: Entlassungen aus psychiatrischen Betten mit psychiatrischen Hauptdiagnosen 2002



Werden alle Entlassungen aus psychiatrischen Krankenanstalten und psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern gemeinsam analysiert und nur die psychiatrischen Hauptdiagnosen gezählt (unabhängig davon, ob auch psychiatrische

Nebendiagnosen vorhanden waren; Abb. C-7a), dann ist die Kategorie F1 (Störungen durch psychotrope Substanzen) die häufigste (nahezu 30%), gefolgt von F3 affektiven Störungen (rund ein Viertel) und F2 Schizophrenie (rund ein Fünftel).

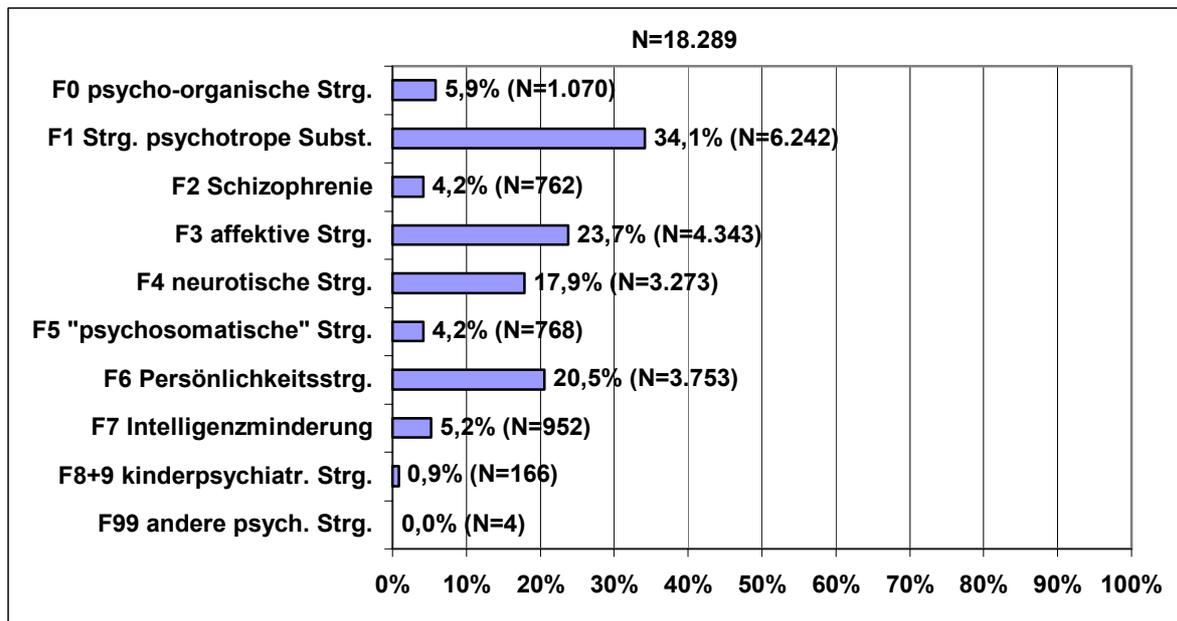
Abb. C-7b: Entlassungen aus psychiatrischen Betten mit psychiatrischen Haupt- oder Nebendiagnosen 2002



Werden nicht nur Entlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen gezählt, sondern auch solche mit somatischen Hauptdiagnosen und einer psychiatrischen Nebendiagnose, dann verändert sich dieses Muster nicht wesentlich (Abb. C-7b). Auffällig ist lediglich, dass Störungen durch psychotrope Substanzen über 40% aller Entlassungen ausmachen und affektive Störungen auf nahezu ein Drittel anwachsen. Erwähnenswert ist auch, dass bei jeder neunten Entlassung die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt wurde (als Haupt- oder Nebendiagnose) und bei jeder elften Entlassung die einer psychoorganischen Störung.

Von Interesse ist auch, welche psychiatrischen Nebendiagnosen es bei psychiatrischen Hauptdiagnosen gibt, also welche „psychiatrischen Komorbiditätsdiagnosen“ am häufigsten sind. Wie in Abb. C-7c ersichtlich, liegen hier wieder Störungen durch psychotrope Substanzen und affektive Störungen an der Spitze. Persönlichkeitsstörungen (mit rund 20%) sind die dritthäufigste psychiatrische Nebendiagnose.

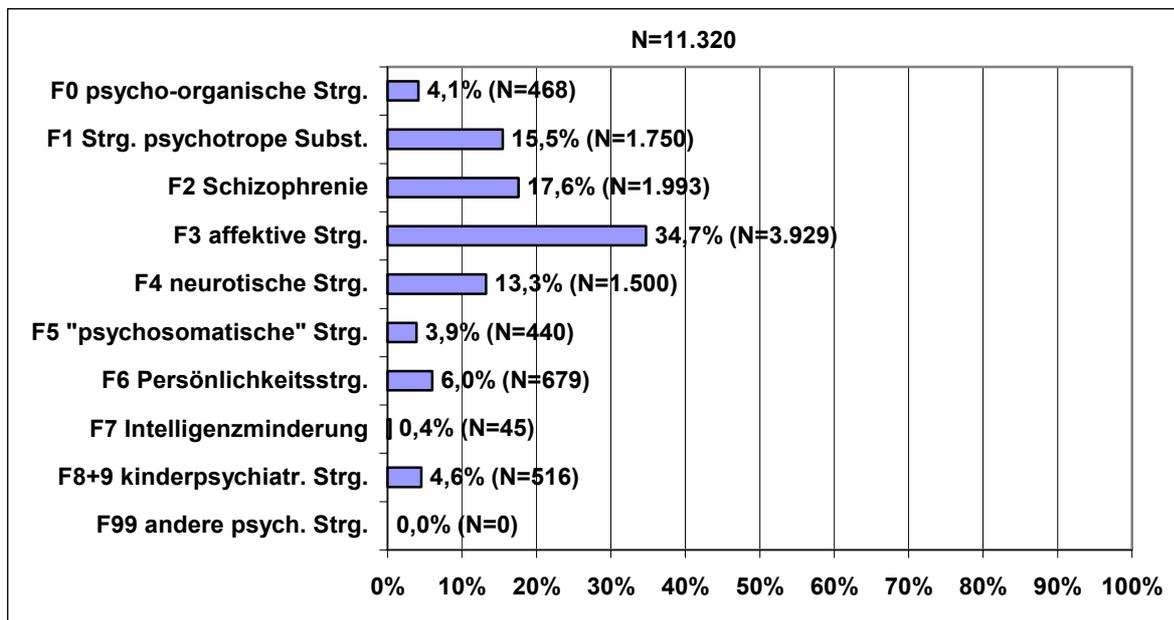
**Abb. C-7c: Entlassungen aus psychiatrischen Betten:
Psychiatrische Komorbidität (psychiatrische Nebendiagnosen bei
Vorliegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose) 2002**



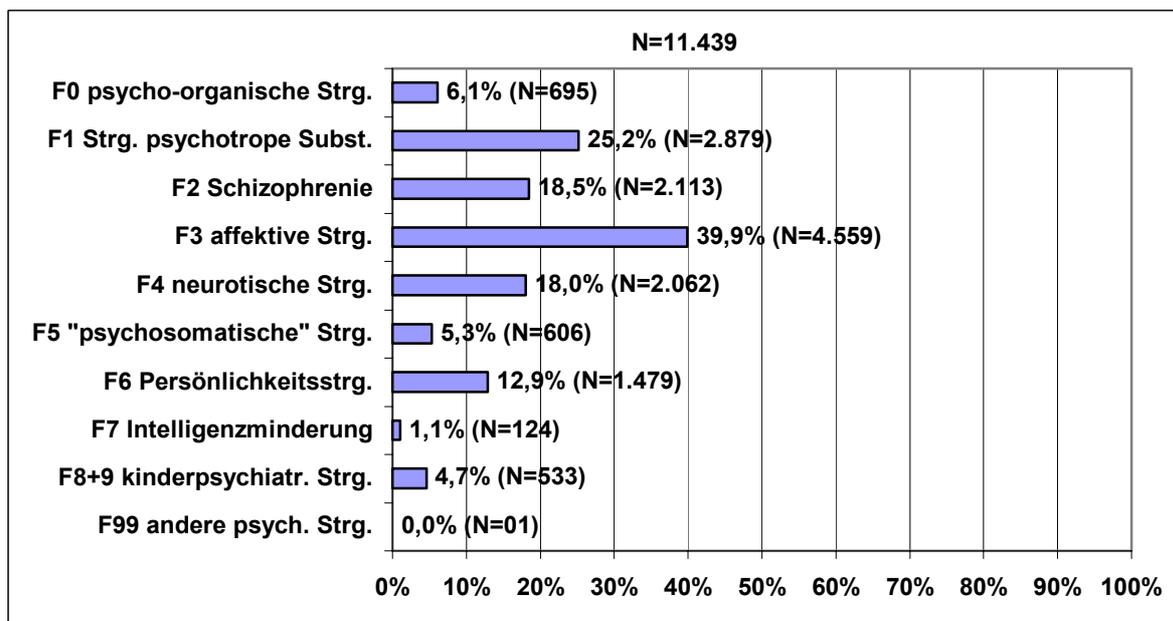
Da anzunehmen ist, dass die „gemeindenahen“ angesiedelten psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern eine niedrigere Kontaktschwelle haben als die traditionellen psychiatrischen Krankenanstalten, ist es von Interesse, das Diagnosespektrum dieser beiden Typen von Einrichtungen getrennt zu betrachten. Diese Analyse ist in den Abbildungen C-8a bis C-8d (für die Unterteilung 1: psychiatrische Universitätskliniken/ neue Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern vs. Rest) und in den Abbildungen C-9a bis C-9d für die Unterteilung 2 („Nicht-traditionelle“ psychiatrische Krankenanstalten/ Abteilungen vs. Rest) dargestellt.

Beim Vergleich der psychiatrischen Universitätskliniken/der neuen psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern einerseits, mit allen anderen psychiatrischen Einrichtungen andererseits (s. Abb. C-1b) zeigt sich ein deutlicher Unterschied im Diagnosespektrum (C-8a bis C-8d). In der ersten Gruppe dominieren eindeutig die affektiven Störungen (mit nahezu 35%; Abb. C-8a), während in der zweiten Gruppe die Störungen durch psychotrope Substanzen mit Abstand an der ersten Stelle stehen (Abb. C-8c). Bei Einbeziehung der Nebendiagnosen wird dieser Unterschied akzentuierter, wengleich an Universitätskliniken und neuen psychiatrischen Abteilungen an AKHs auch Störungen durch psychotrope Substanzen überproportional zunehmen (d.h. als Nebendiagnosen sehr häufig sind; Abb. C-8b und C-8d).

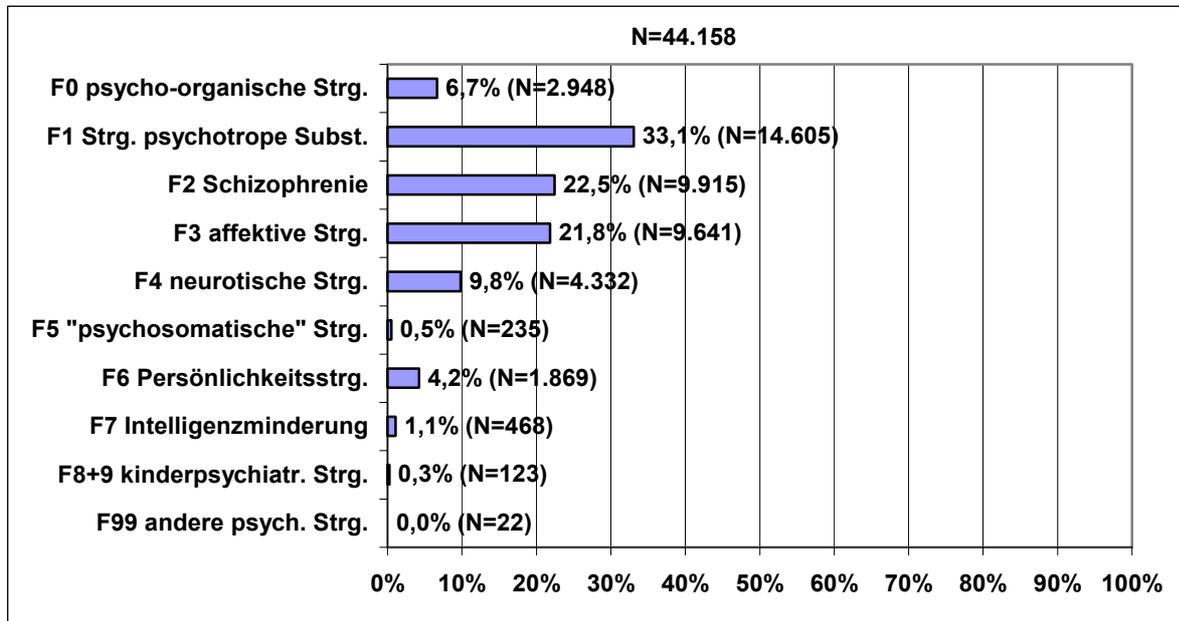
**Abb. C-8a: Entlassungen aus psychiatrischen Betten 2002 -
Universitätskliniken/neue Abteilungen an AKHs
Psychiatrische Hauptdiagnosen
Enge Definition – Unterteilung 1 (siehe Abb. C-1b)**



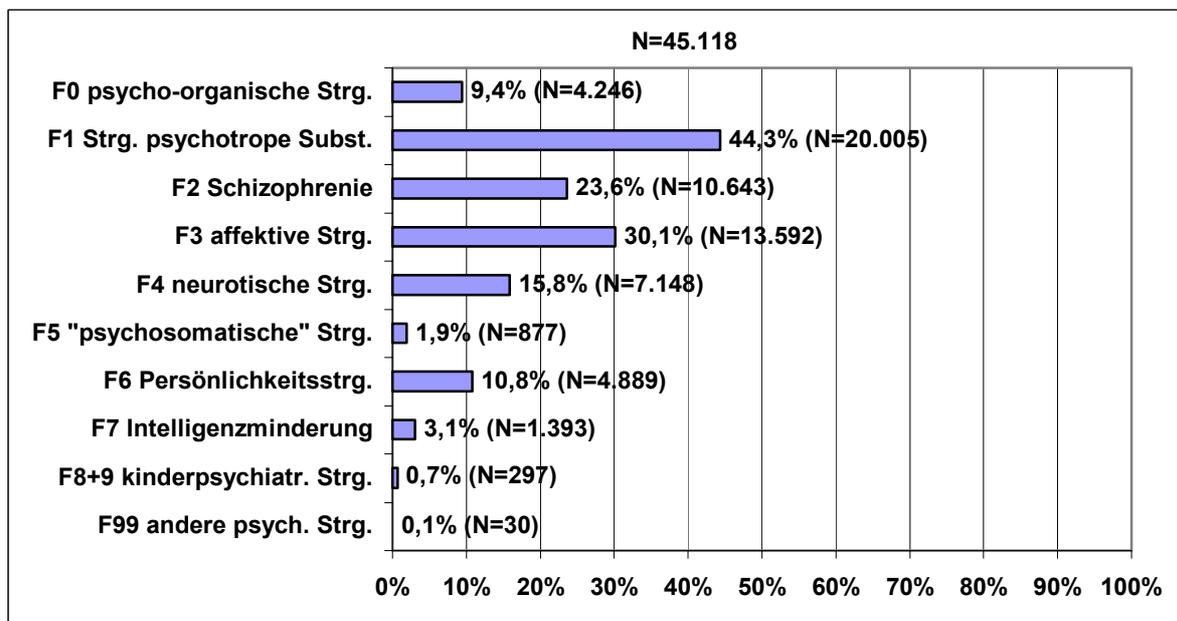
**Abb. C-8b: Entlassungen aus psychiatrischen Betten 2002 -
Universitätskliniken/neue Abteilungen an AKHs
Psychiatrische Haupt- oder Nebendiagnosen 2002
Enge Definition – Unterteilung 1 (siehe Abb. C-1b)**



**Abb. C-8c: Entlassungen aus psychiatrischen Betten 2002 -
 „Nicht“- Universitätskliniken/neue Abteilungen an AKHs
 Psychiatrische Hauptdiagnosen
 Enge Definition – Unterteilung 1 (siehe Abb. C-1b)**

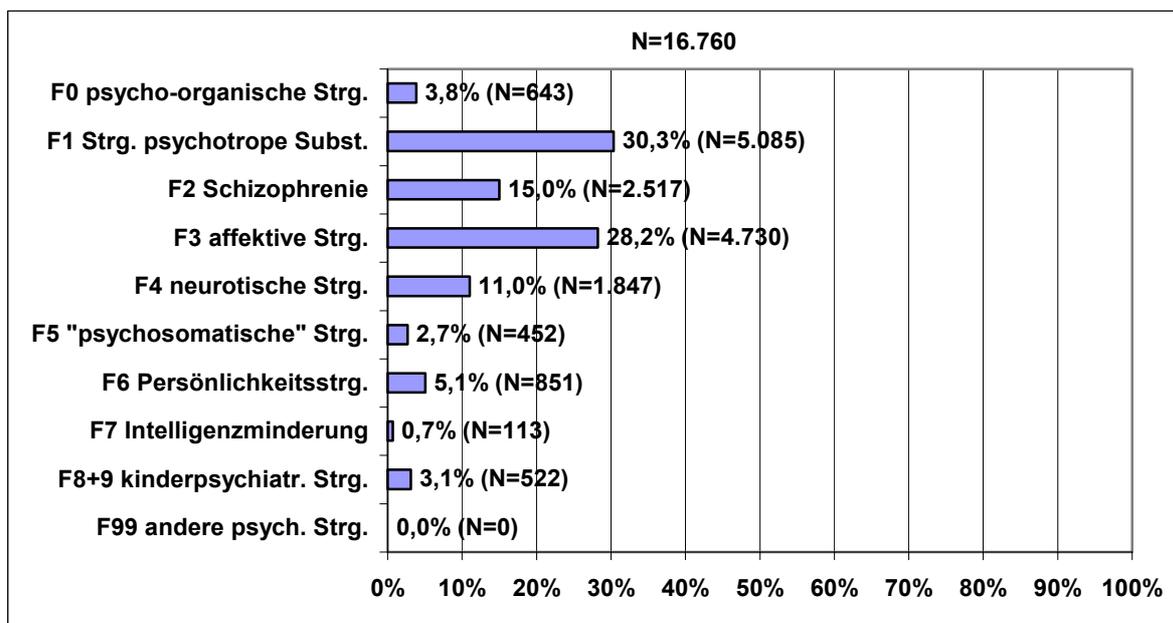


**Abb. C-8d: Entlassungen aus psychiatrischen Betten 2002 -
 „Nicht“- Universitätskliniken/neue Abteilungen an AKHs
 Psychiatrische Haupt- oder Nebendiagnosen
 Enge Definition – Unterteilung 1 (siehe Abb. C-1b)**

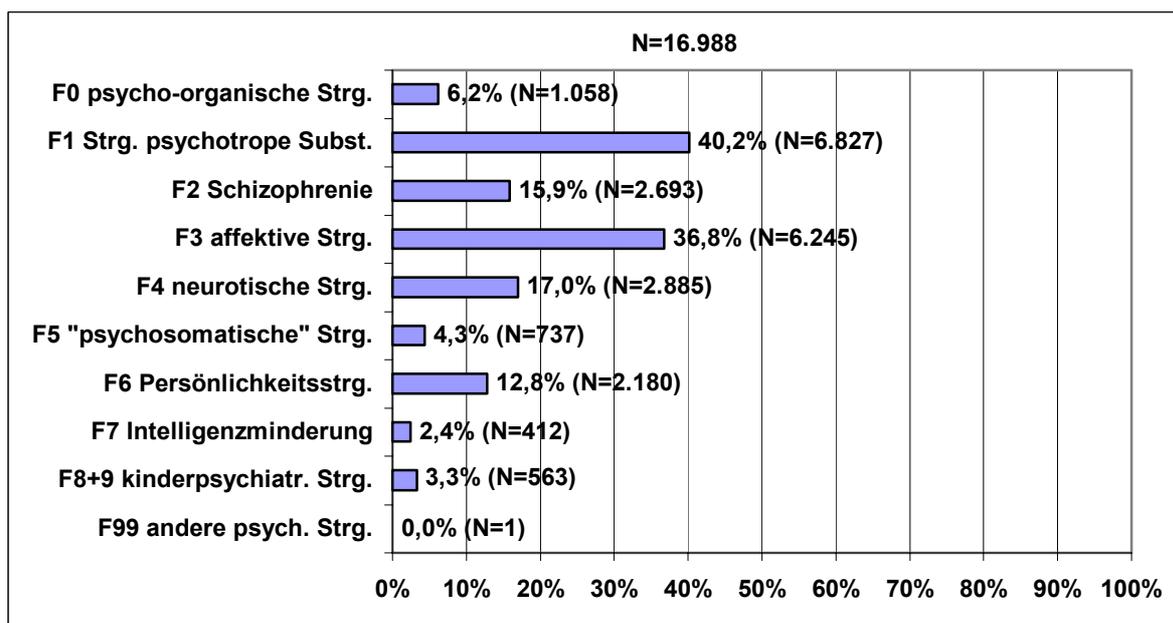


Werden die „nicht-traditionellen“ und die „traditionellen“ psychiatrischen Krankenanstalten und Abteilungen einander gegenübergestellt (s. Abb. C-1c), dann sind die Unterschiede nicht so deutlich; vor allem sind in beiden Gruppen von Einrichtungen Störungen durch psychotrope Substanzen mit rund 30% bei den Hauptdiagnosen gleich häufig (C-9a bis C-9d).

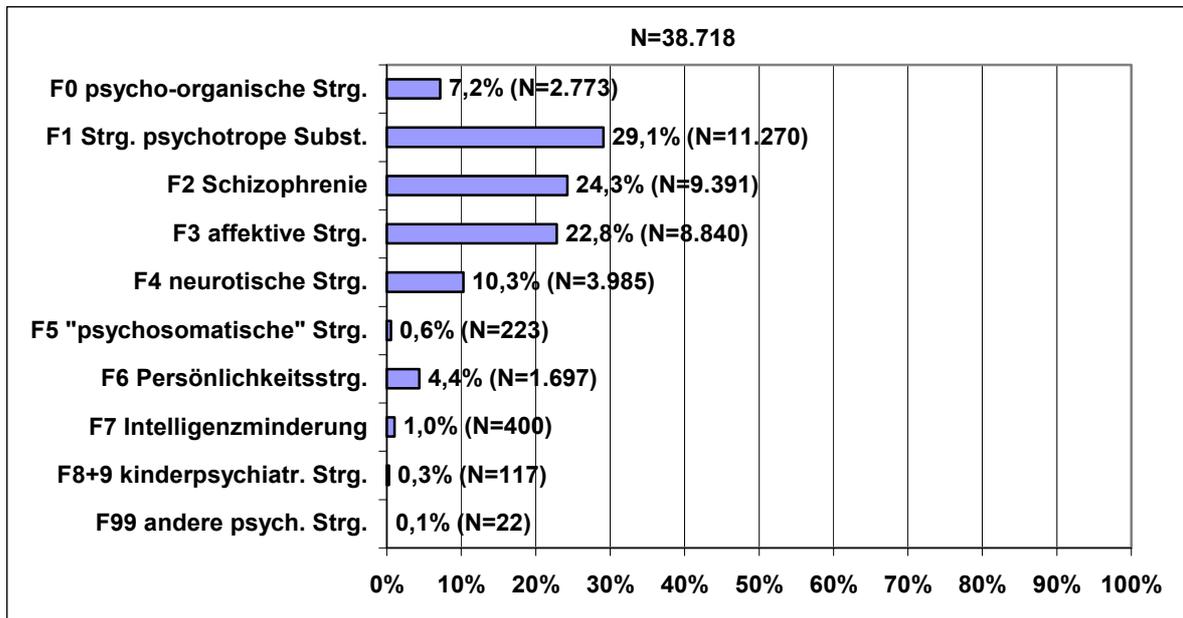
**Abb. C-9a: Entlassungen aus psychiatrischen Betten 2002 - „Nicht-traditionellen“ KA/Abteilungen an AKHs
Psychiatrische Hauptdiagnosen
Enge Definition – Unterteilung 2 (siehe Abb. C-1c)**



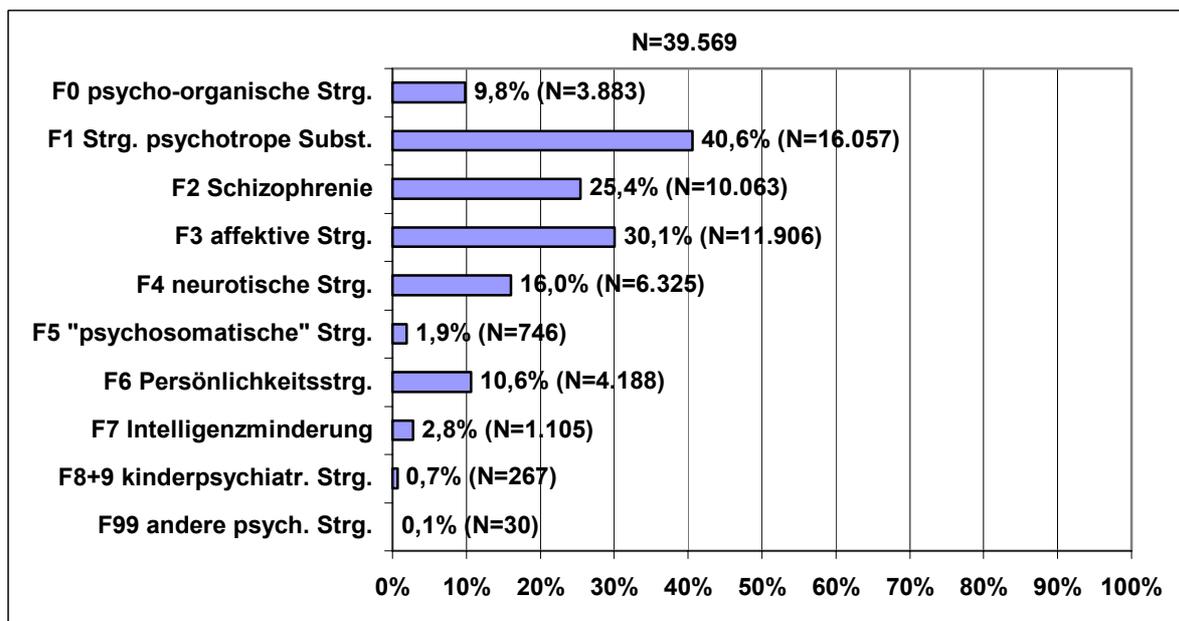
**Abb. C-9b: Entlassungen aus psychiatrischen Betten 2002 - „Nicht-traditionelle“ KA/Abteilungen an AKHs
Psychiatrische Haupt oder Nebendiagnosen
Enge Definition – Unterteilung 2 (siehe Abb. C-1c)**



**Abb. C-9c: Entlassungen aus psychiatrischen Betten 2002 -
"Traditionelle" psychiatrischen KA/Abteilungen an AKHs
Psychiatrische Hauptdiagnosen
Enge Definition – Unterteilung 2 (siehe Abb. C-1c)**

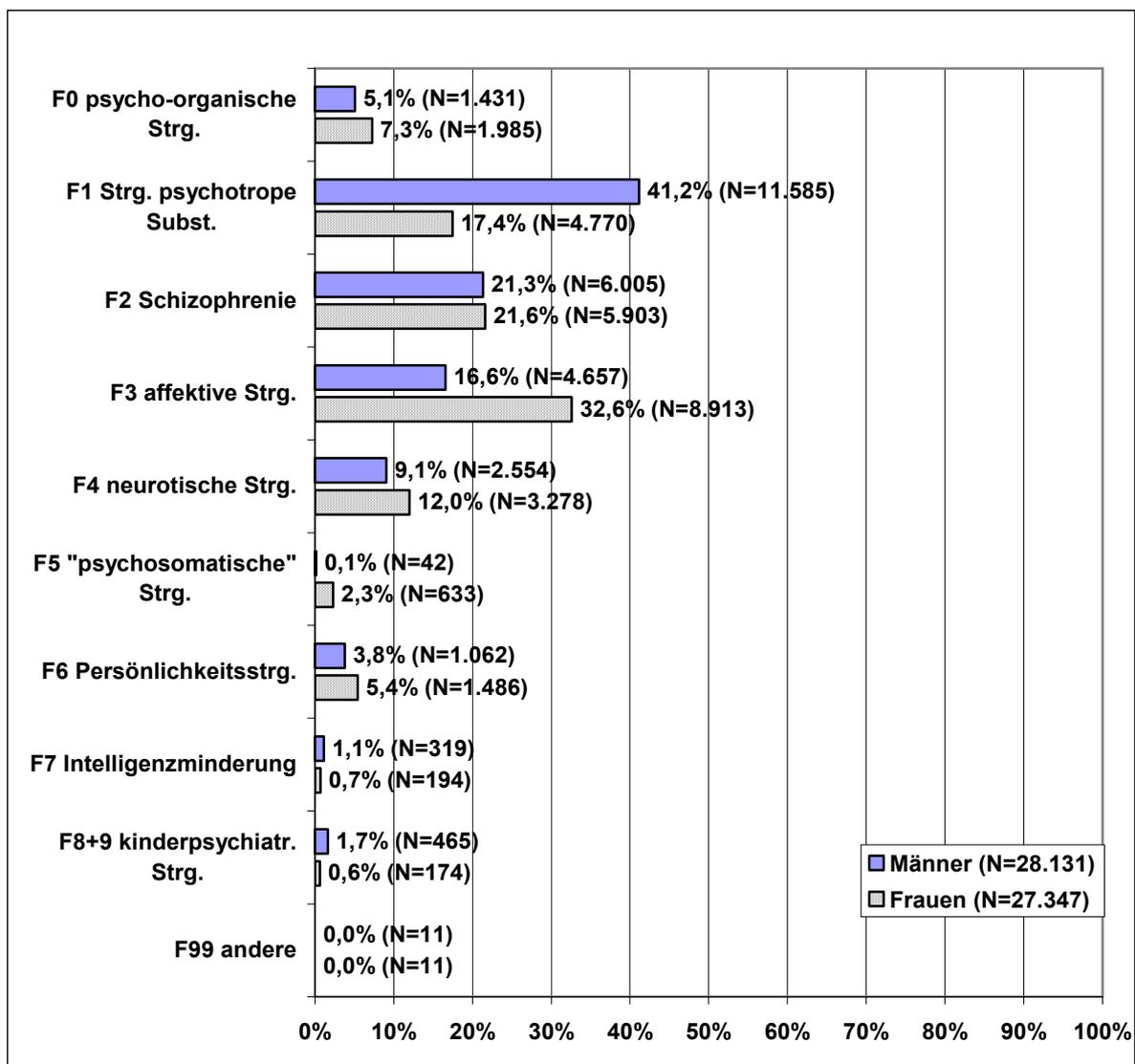


**Abb. C-9d: Entlassungen aus psychiatrischen Betten 2002 -
"Traditionelle" psychiatrischen KA/Abteilungen an AKHs
Psychiatrische Haupt- oder Nebendiagnosen
Enge Definition – Unterteilung 2 (siehe Abb. C-1c)**

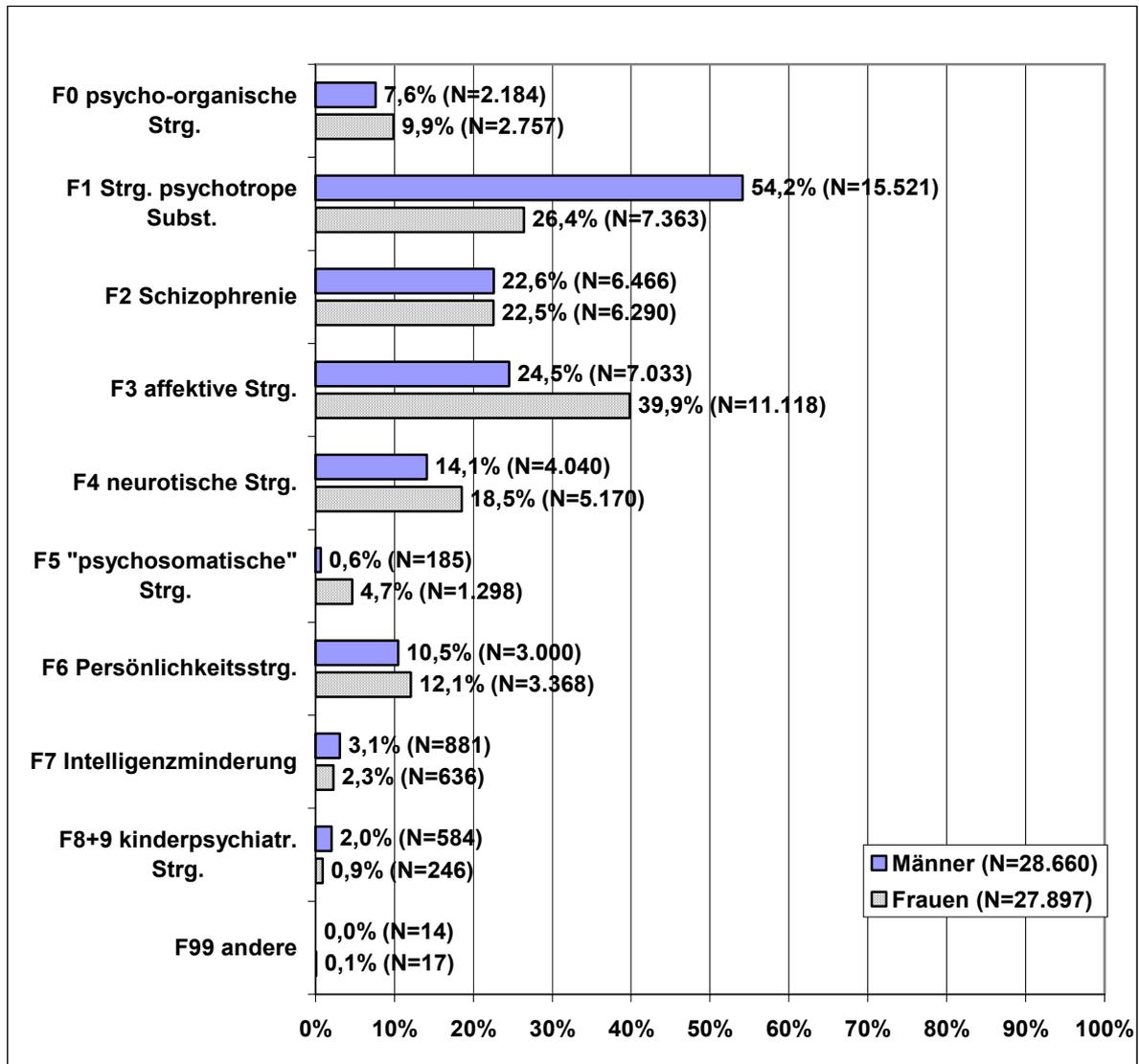


In den Abbildungen C-10a und C-10b sind die Entlassungen aus allen stationären psychiatrischen Einrichtungen nach Geschlecht und Diagnose dargestellt. Klare und erwartete Geschlechtsunterschiede ergeben sich bei Störungen durch psychotrope Substanzen, die bei Männern allein über 40% aller Hauptdiagnosen ausmachen (Abb. C-10a), und sogar 54,2%, wenn Haupt- und Nebendiagnosen gezählt werden (Abb. C-10b). Bei den affektiven Störungen ist die Geschlechtsverteilung umgekehrt: Frauen haben doppelt so häufig affektive Entlassungshauptdiagnosen wie Männer. Wenn Haupt- und Nebendiagnosen gezählt werden, so findet sich die Diagnose einer affektiven Störung bei fast 40% aller Frauen. Bei der Schizophrenie besteht kein Geschlechtsunterschied. Psychosomatische Störungen sind bei Frauen um ein Vielfaches häufiger als bei Männern. Andere Unterschiede sind eher geringfügig.

Abb. C-10a: Entlassungen aus psychiatrischen Betten 2002 - Psychiatrische Hauptdiagnosen nach Geschlecht



**Abb. C-10b: Entlassungen aus psychiatrischen Betten 2002 -
Psychiatrische Haupt- oder Nebendiagnosen
nach Geschlecht**



C.2.2.2 Entlassungen aus nicht-psychiatrischen Betten

Wie erwähnt, erfolgten im Jahr 2002 nahezu 75% aller Entlassungen aus österreichischen Krankenanstalten, die mit einer psychiatrischen Haupt- oder einer psychiatrischen Nebendiagnose endeten, aus nicht-psychiatrischen Abteilungen (Abb. C-5c und C-5d).

Diese große „Belastung“ des nicht-psychiatrischen Krankenhausesektors durch Patienten mit psychiatrischen Diagnosen erfordert eine eingehendere Analyse.

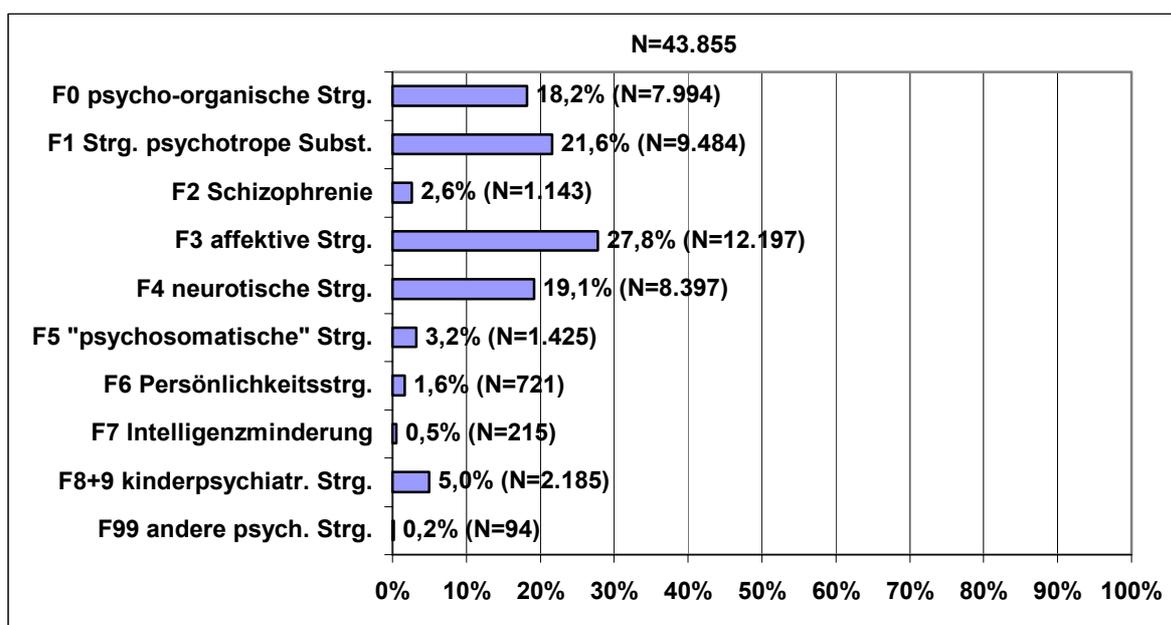
Um den Unschärfbereich gemischt psychiatrisch-neurologischer Abteilungen (Fachhauptbereich 61) und der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie (Fachhauptbereich 64) zu vermeiden, wurden für diese Analyse lediglich Abteilungen berücksichtigt, die weder dem Fachhauptbereich 62 noch den Fachhauptbereichen 61 und 64 zuzuzählen sind.

C.2.2.2.1 Psychiatrisches Diagnosenspektrum bei Entlassungen aus nicht-psychiatrischen Betten 2002

Aus Krankenanstalten/Abteilungen, die weder über die Fachhauptbereiche 61, 62 noch 64 verfügen, wurden im Jahr 2002 insgesamt 43.855 Entlassungen mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose gezählt, das sind 1,95% aller 2.245.725 Entlassungen aus diesen Krankenanstalten/Abteilungen.

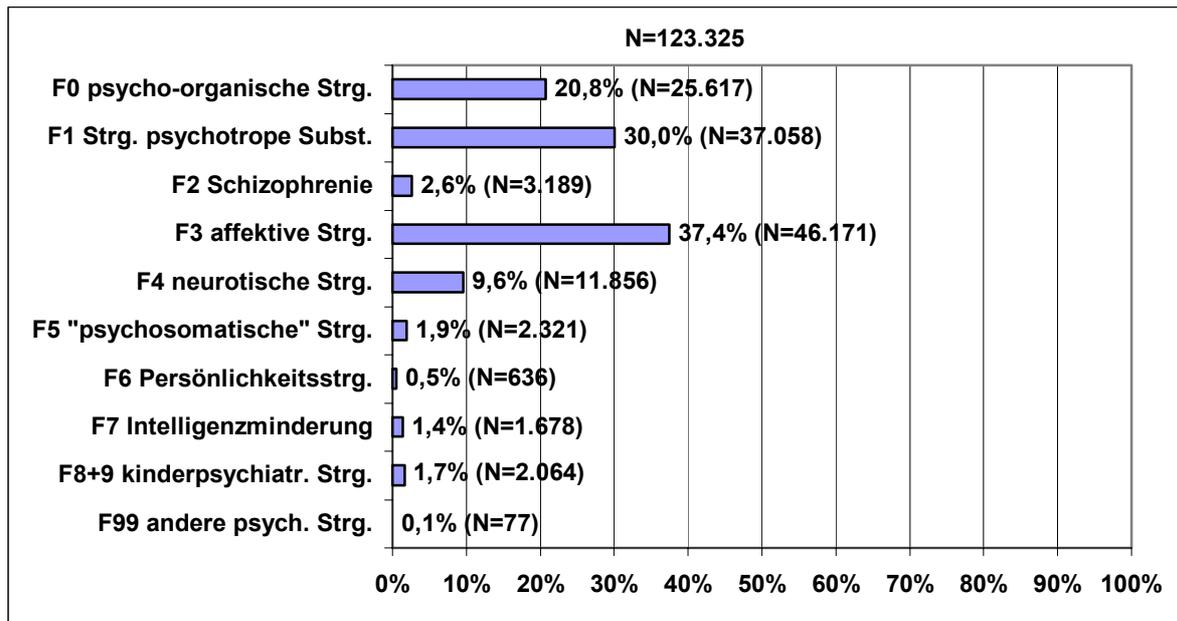
Die häufigsten Diagnosen sind affektive Störungen (27,7%), gefolgt von Störungen mit psychotropen Substanzen und neurotischen und psychoorganischen Störungen, wobei die letzteren drei Gruppen je rund 20% ausmachen (Abb. C-11a). Dass die Schizophrenie mit 2,6% an nicht-psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern eine untergeordnete Rolle spielt, ist zu erwarten.

Abb. C-11a: Entlassungen aus nicht-psychiatrischen Betten 2002 - Psychiatrische Hauptdiagnosen



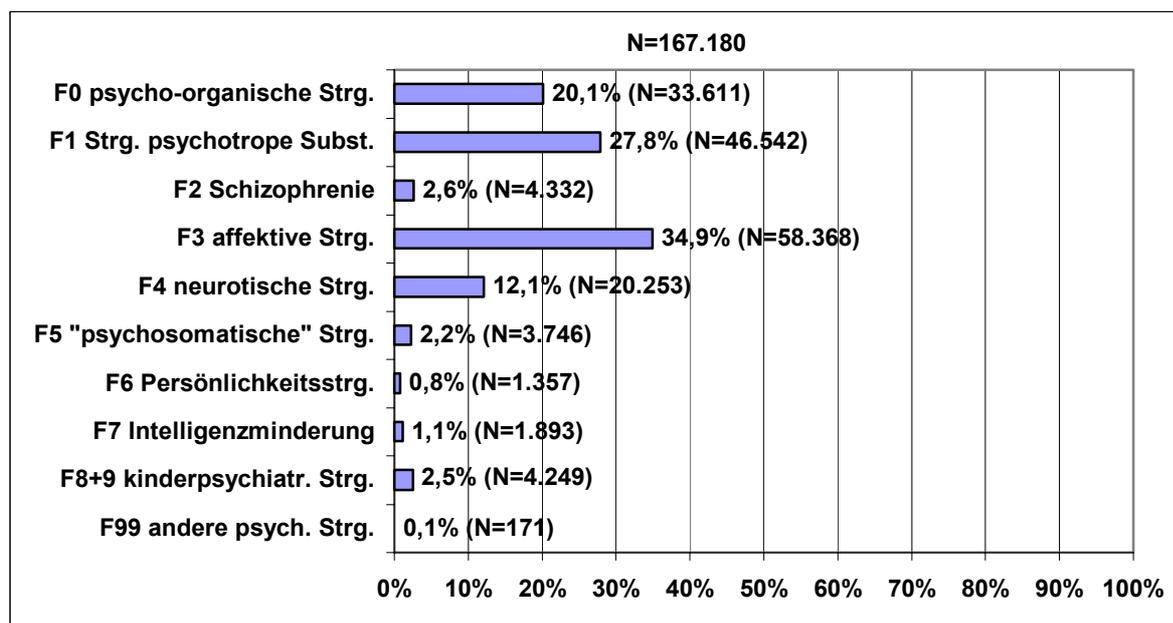
Warum eine derartig große Zahl von Patienten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose an nicht-psychiatrischen Abteilungen behandelt wird, ist nicht ganz klar. Angst vor Stigmatisierung bei Aufnahme in einer psychiatrischen Einrichtung und die bessere Erreichbarkeit nicht-psychiatrischer Einrichtungen sind zwei mögliche Gründe.

Abb. C-11b: Entlassungen aus nicht-psychiatrischen Betten 2002 - Psychiatrische Nebendiagnosen ohne psychiatrische Hauptdiagnosen (= mit somatischer Hauptdiagnose)



In Abb. C-11b sind diejenigen Patienten enthalten, die eine somatische Hauptdiagnose und eine psychiatrische Nebendiagnose erhielten, also eine psychiatrische Komorbidität bei einer körperlichen Grundkrankheit aufweisen. Diese Zahl ist nahezu drei Mal so hoch wie die der Entlassungen mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose. Auch hier ist der Anteil affektiver Störungen mit nahezu 40% dominierend. Störungen durch psychotrope Substanzen machen ein Drittel aller Entlassungen aus, psychoorganische Störungen über ein Fünftel, neurotische Störungen ein Zehntel. Alle anderen Diagnosen sind viel seltener.

Werden alle psychiatrische Diagnosen, also sowohl Haupt- als auch Nebendiagnosen erfasst, dann findet sich bei insgesamt 167.180 Entlassungen, also bei 7,44% aller Entlassungen aus nicht-psychiatrischen Krankenanstalten/Abteilungen eine psychiatrische Diagnose. Wieder sind affektive Störungen die häufigsten Diagnosen, gefolgt von Störungen durch psychotrope Substanzen und psychoorganische Störungen (Abb. C-11c).

Abb. C-11c: Entlassungen aus nicht-psychiatrischen Betten 2002 - Psychiatrische Haupt- oder Nebendiagnosen 2002

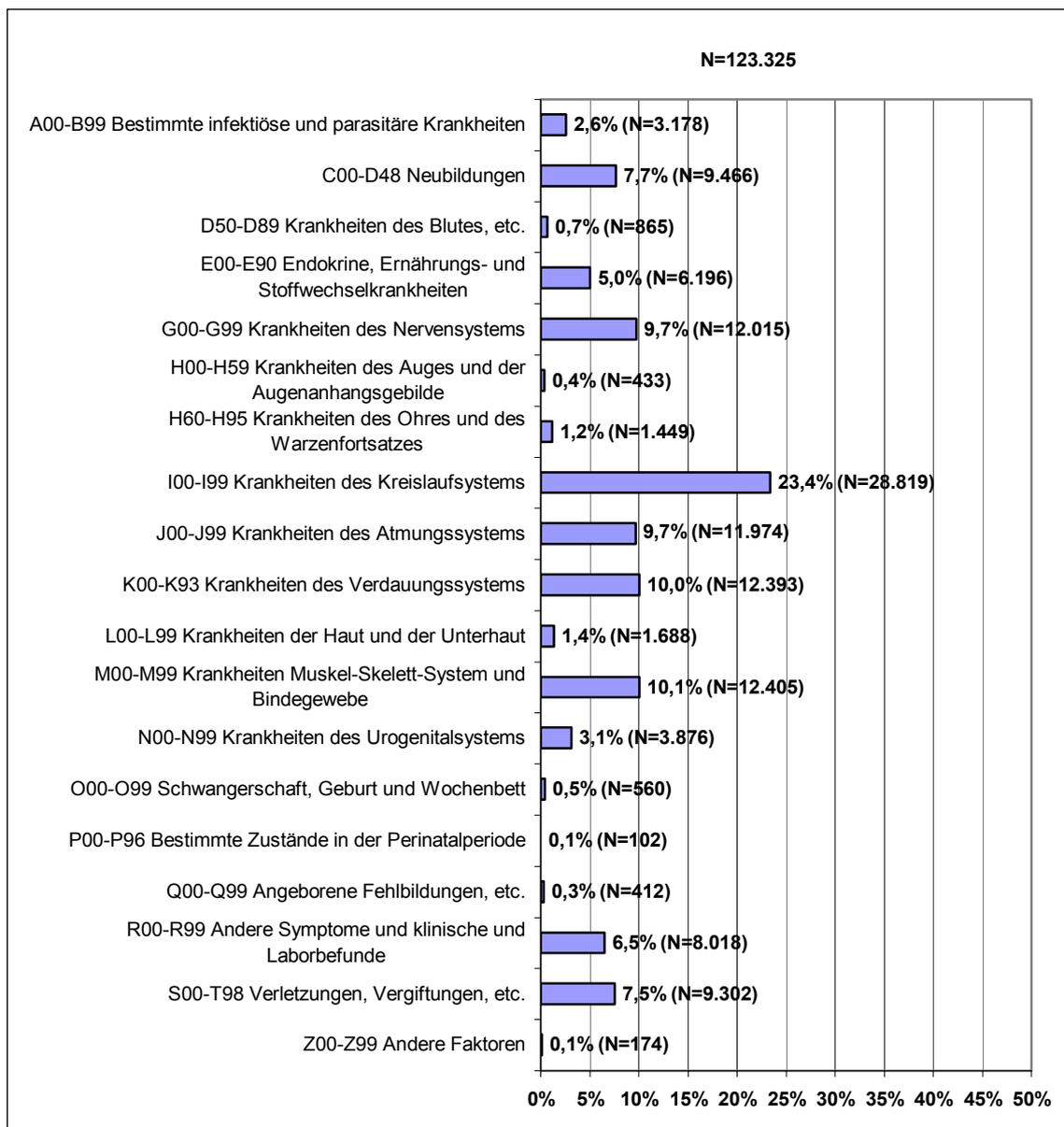
Zur Veranschaulichung der Größe des Problems sei die häufigste Diagnosegruppe F3 (Affektive Störungen) herausgegriffen. Im Jahre 2002 wurden aus allen österreichischen Krankenanstalten 76.519 Patienten mit der Diagnose einer affektiven Störung als Haupt- oder Nebendiagnose entlassen. Davon erfolgten 18.151 Entlassungen aus psychiatrischen Betten (23,7%; Abb. C-7b), jedoch 58.368 (76,3%) aus nicht-psychiatrischen Betten. Von den 58.368 (Abb. C-11c) Entlassungen aus nicht-psychiatrischen Einrichtungen hatten 12.197 (20,9%) eine F3-Diagnose als Hauptdiagnose (Abb. C-11a) und 46.171 (79,1%) als Nebendiagnose bei einer somatischen Hauptdiagnose (Abb. C-11b).

Dieser Befund ist von hoher gesundheitspolitischer Relevanz. Zum einen ist anzunehmen, dass die fachliche Versorgung von Patienten mit psychiatrischen Krankheitsbildern in derartigen nicht-psychiatrischen Fachabteilungen nicht optimal ist. Zum anderen ergibt sich gerade in diesen Krankenanstalten ein Ansatzpunkt für Früherkennung und Frühbehandlung, der noch nicht adäquat genutzt wird. Ein entsprechender Ausbau des psychiatrischen Konsiliarfacharztwesens, aber auch die Ausstattung von Krankenanstalten mit Psychotherapeuten und klinischen Psychologen sollte deshalb ein vordringliches Ziel der Gesundheitspolitik sein.

Da die genannte Patientengruppe überwiegend an einer körperlichen Krankheit leidet (79,1%) und deswegen primär in einer medizinischen Abteilung behandelt werden sollte, ist eine Transferierung in psychiatrische Abteilungen prinzipiell nicht sinnvoll und der hier vorgeschlagene Weg der einzig mögliche, um eine adäquate Versorgung dieser vielen Personen mit zusätzlichen psychiatrischen Störungen sicherzustellen. Man kann davon ausgehen, dass die tatsächliche Häufigkeit von psychischen Störungen bei Patienten in Allgemeinkrankenhäusern noch wesentlich höher ist, dass aber durch die mangelhafte psychiatrische Ausbildung der Ärzte solche Störungen nicht erkannt werden.

In Abb. C-11d ist das Spektrum der körperlichen Hauptdiagnosen bei jenen 123.325 Patienten dargestellt, die eine nicht-psychiatrische, also körperliche Hauptdiagnose und eine psychiatrische Nebendiagnose hatten. Mit nahezu einem Viertel dominieren hier die Erkrankungen des Herzkreislaufsystems, mit je rund 10% folgen Krankheiten der Atmungsorgane, des Verdauungssystems, des Muskel-Skelettsystems und des Nervensystems.

Abb. C-11d: Entlassungen aus nicht-psychiatrischen Betten 2002 - Psychiatrische Nebendiagnosen ohne psychiatrische Hauptdiagnosen (= mit somatischer Hauptdiagnose) nach somatischen Hauptdiagnosegruppen (ICD-10)



Wie der Abb. C-12a entnommen werden kann, kommt der größte Teil, nämlich zwei Drittel aller Entlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen an nicht-psychiatrischen Abteilungen aus der Inneren Medizin (N=29.383). Diese 29.383 Entlassungen machen 4,8% sämtlicher 611.629 Entlassungen aus der Inneren Medizin aus. Kinderheilkunde (12,5%) und Neurologie (7,7%) tragen am zweit- und dritthäufigsten zur großen Gruppe der aus nicht-psychiatrischen Abteilungen entlassenen Patienten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose bei.

Abb. C-12a: Entlassungen aus nicht-psychiatrischen Betten nach Fachgebieten 2002 - Psychiatrische Hauptdiagnosen

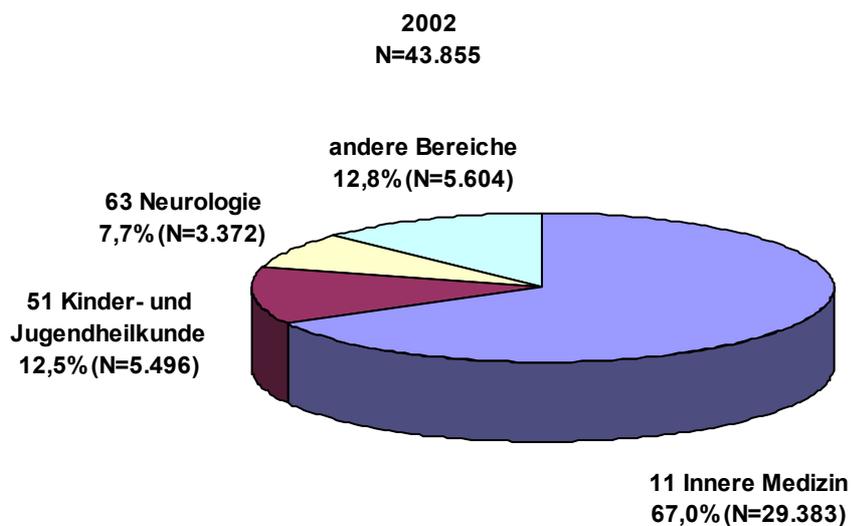
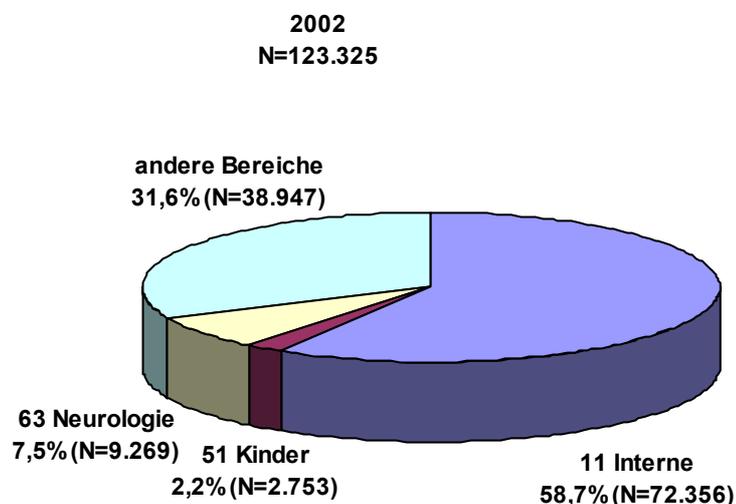
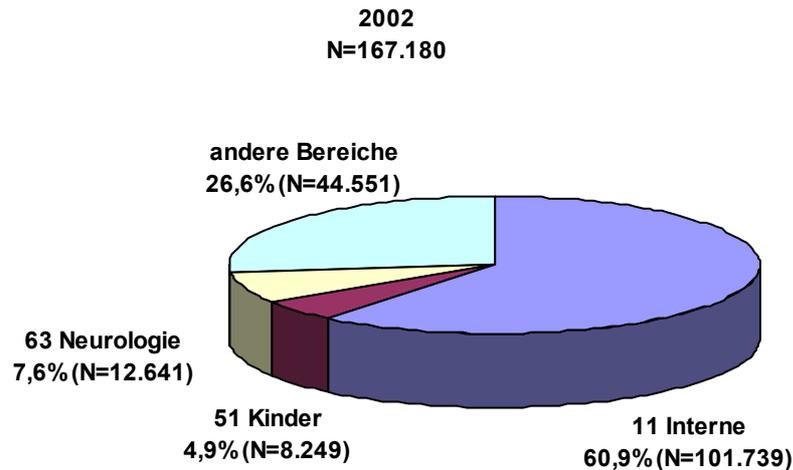


Abb. C-12b: Entlassungen aus nicht-psychiatrischen Betten nach Fachgebieten 2002 - Psychiatrische Nebendiagnosen ohne psychiatrische Hauptdiagnosen (= mit somatischer Hauptdiagnosen)



In den Abbildungen C-12b und C-12c sieht man, dass diese Verhältnisse ähnlich sind, wenn nicht nur Hauptdiagnosen gezählt werden sondern alle psychiatrischen Diagnosen, oder auch nur die Nebendiagnosen (in diesem Fall ist der Anteil in allen „anderen“ Bereichen zusammengenommen am größten).

Abb. C-12c: Entlassungen aus nicht-psychiatrischen Betten nach Fachgebieten 2002 - Psychiatrische Haupt- oder Nebendiagnosen



In den folgenden Abbildungen (C-13a bis C-16c) sind die psychiatrischen Diagnosespektren für Abteilungen für Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde und Neurologie sowie für den Rest dargestellt, und zwar im Hinblick auf Haupt- oder Nebendiagnosen in der gleichen Reihenfolge wie in den Abbildungen C-12a bis C-12c. An Abteilungen für Innere Medizin sind affektive Störungen, Alkoholkrankheiten, Neurosen und psycho-organische Erkrankungen die häufigsten Diagnosen; an pädiatrischen Abteilungen liegen naturgemäß die kinderpsychiatrischen Störungen mit Abstand an der Spitze, gefolgt von neurotischen Störungen; an neurologischen Abteilungen dominieren affektive Störungen, psychoorganische Erkrankungen, Störungen durch psychotrope Substanzen sowie Neurosen.

Abb. C-13a: Entlassungen aus dem Fachhauptbereich 11 „Innere Medizin“ 2002 mit psychiatrischen Hauptdiagnosen

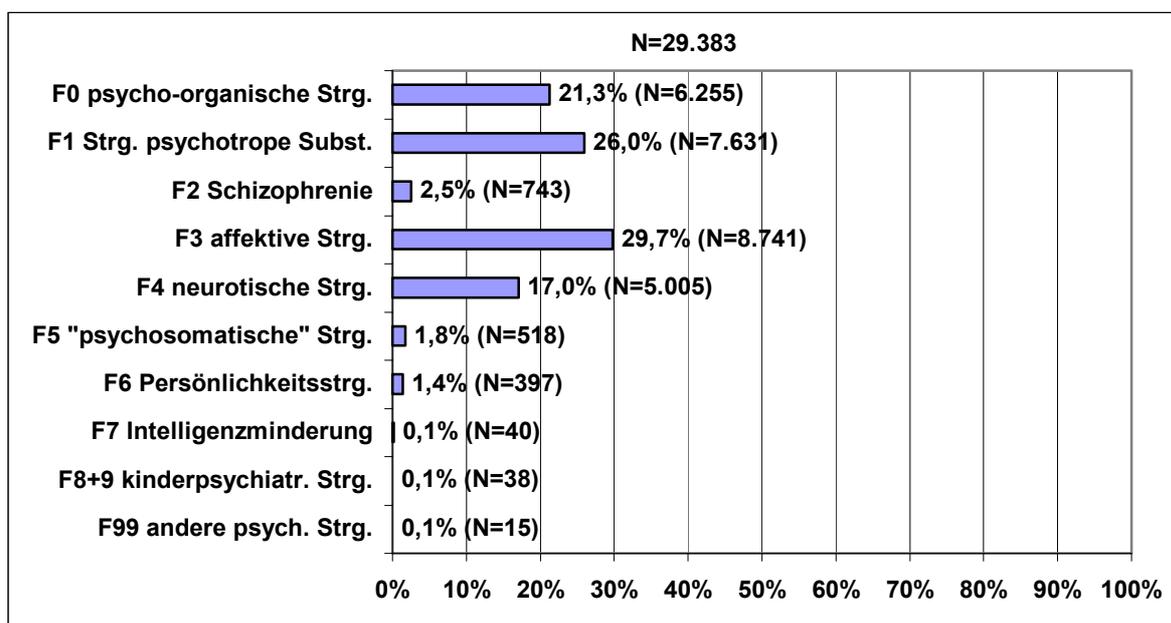


Abb. C-13b: Entlassungen aus dem Fachhauptbereich 11 „Innere Medizin“ 2002 mit psychiatrischen Nebendiagnosen ohne psychiatrische Hauptdiagnosen (= somatische Hauptdiagnosen)

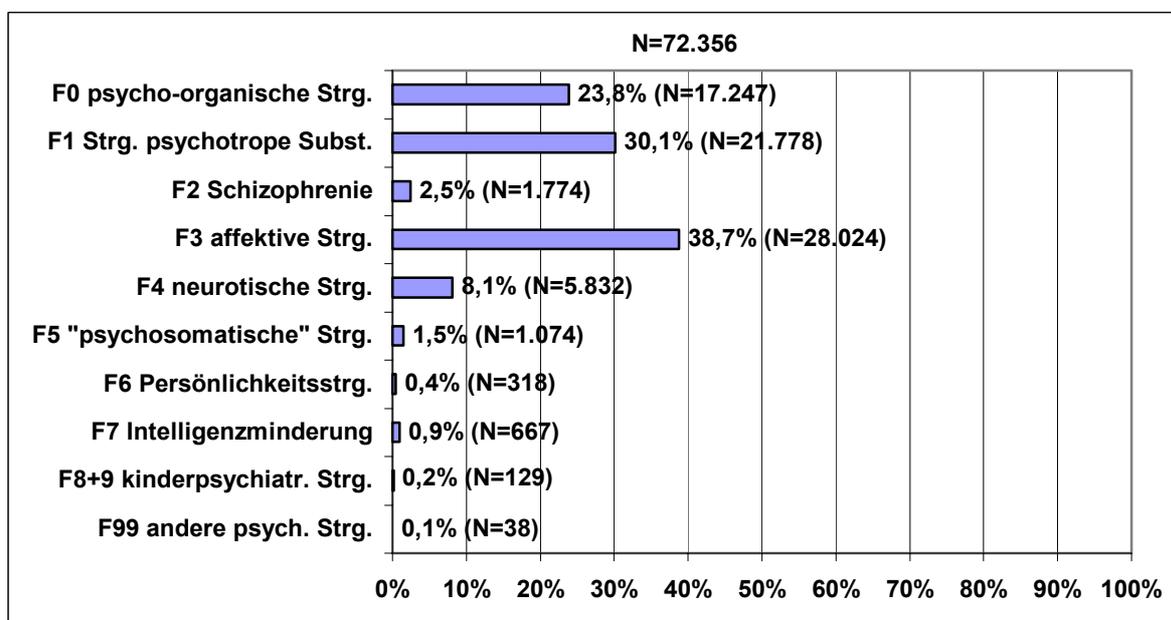


Abb. C-13c: Entlassungen aus dem Fachhauptbereich 11 „Innere Medizin“ 2002 mit psychiatrischen Haupt- oder Nebendiagnosen

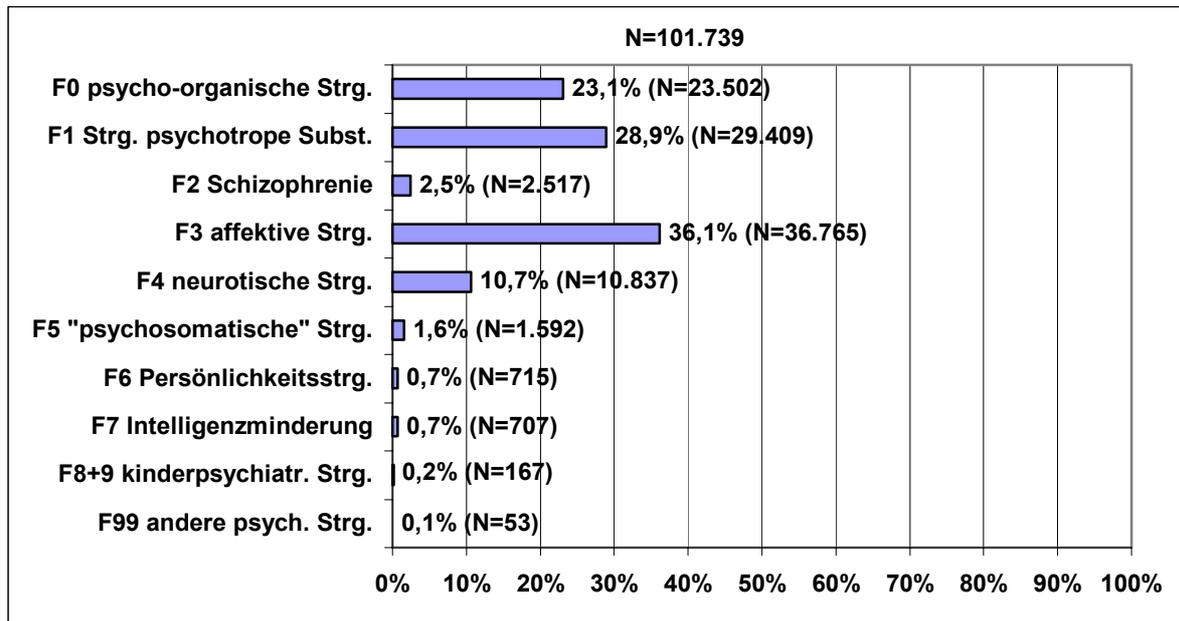


Abb. C-14a: Entlassungen aus dem Fachhauptbereich 51 „Kinder- und Jugendheilkunde“ 2002 mit psychiatrischen Hauptdiagnosen

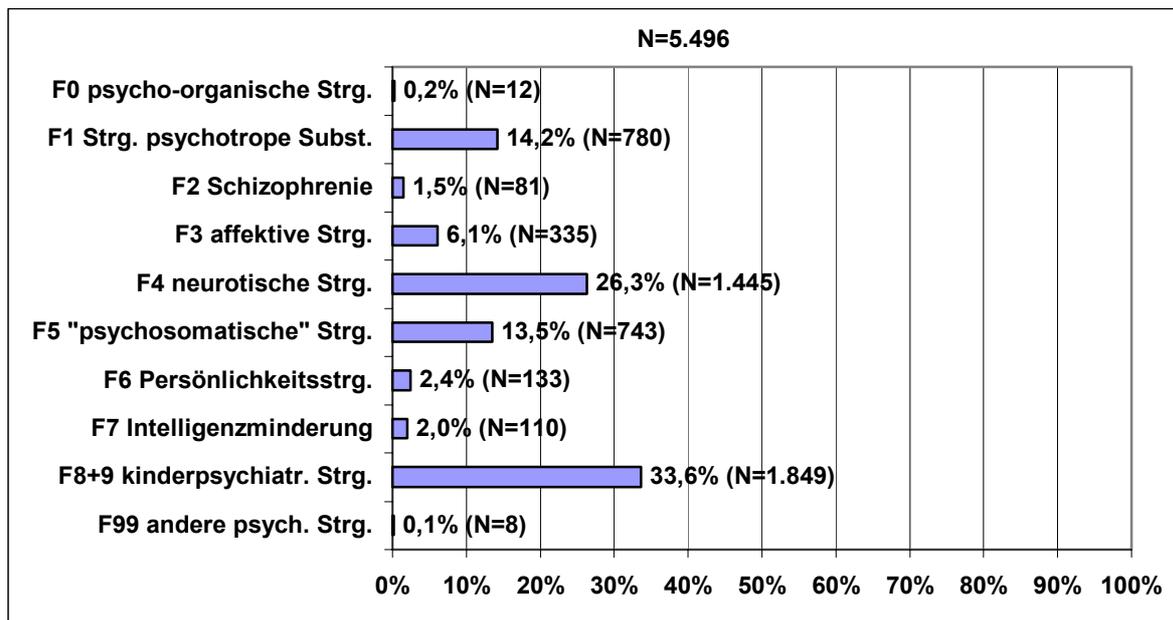


Abb. C-14b: Entlassungen aus dem Fachhauptbereich 51 „Kinder- und Jugendheilkunde“ 2002 mit psychiatrischen Nebendiagnosen ohne psychiatrische Hauptdiagnosen

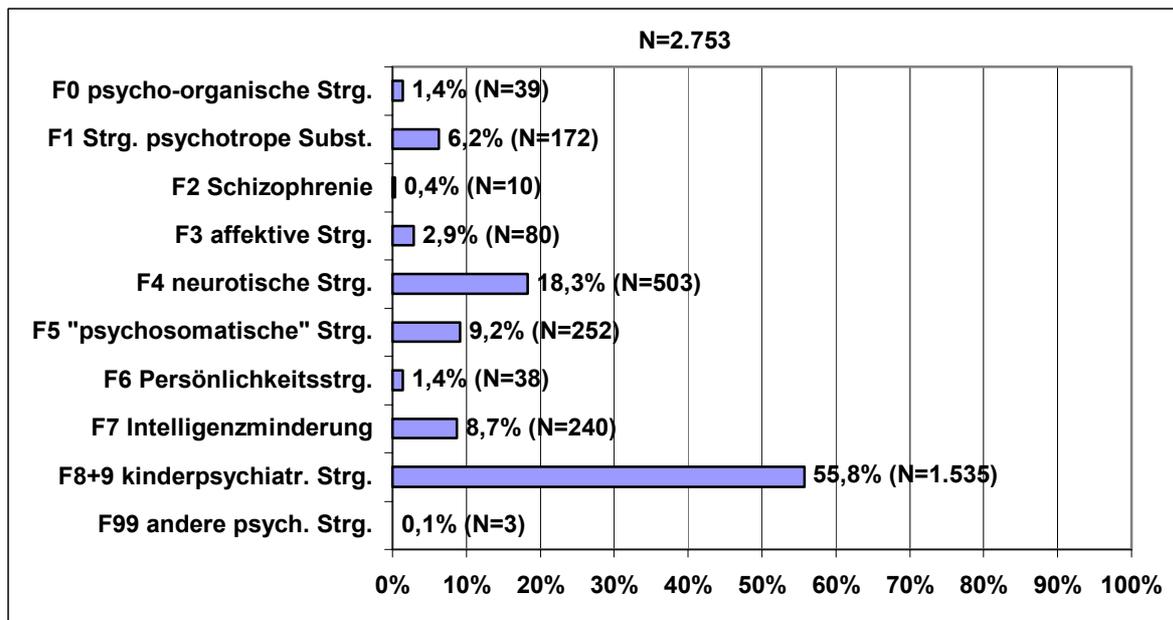


Abb. C-14c: Entlassungen aus dem Fachhauptbereich 51 „Kinder- und Jugendheilkunde“ 2002 mit psychiatrischen Haupt- oder Nebendiagnosen

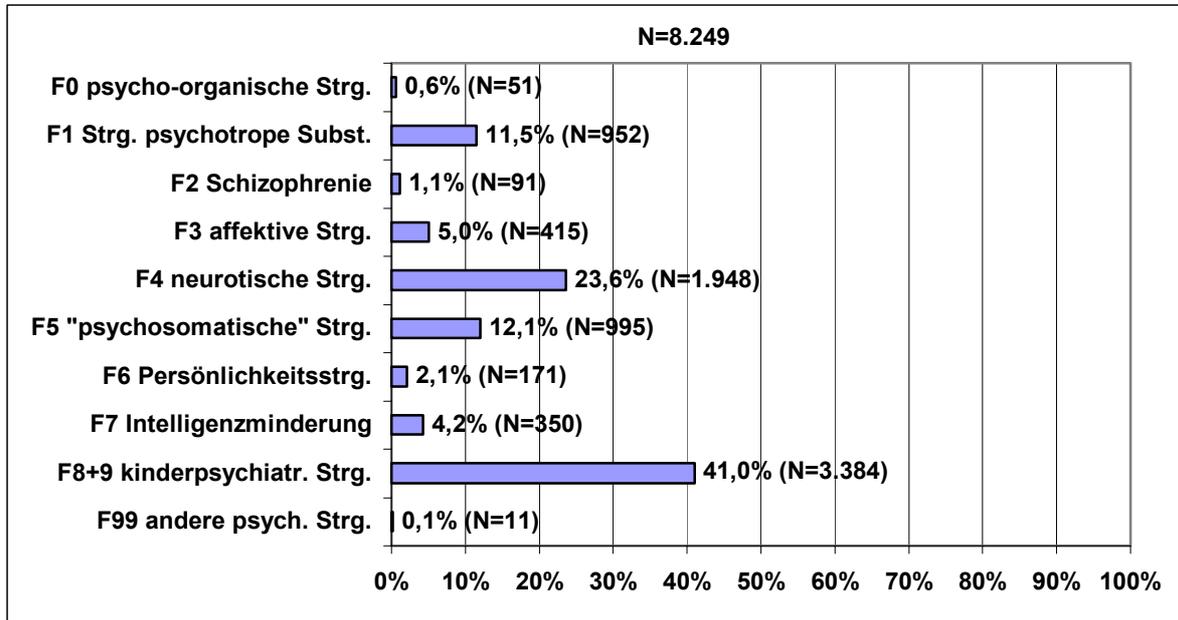


Abb. C-15a: Entlassungen aus dem Fachhauptbereich 63 „Neurologie“ 2002 mit psychiatrischen Hauptdiagnosen

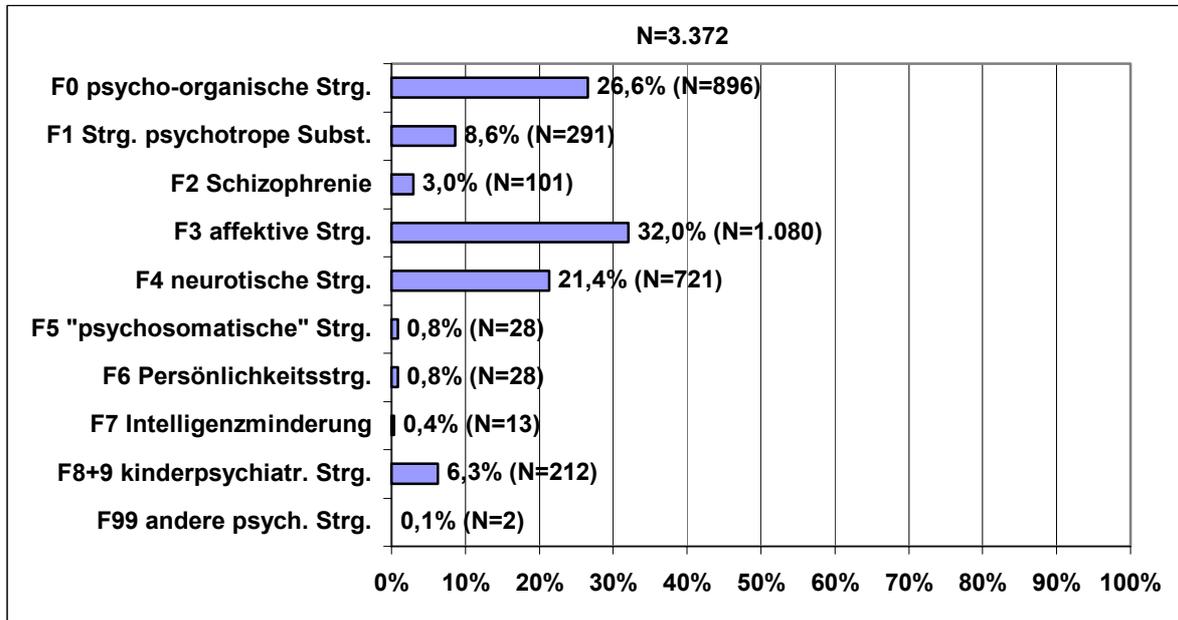


Abb. C-15b: Entlassungen aus dem Fachhauptbereich 63 „Neurologie“ 2002 mit psychiatrischen Nebendiagnosen ohne psychiatrische Hauptdiagnosen (= somatische Hauptdiagnosen)

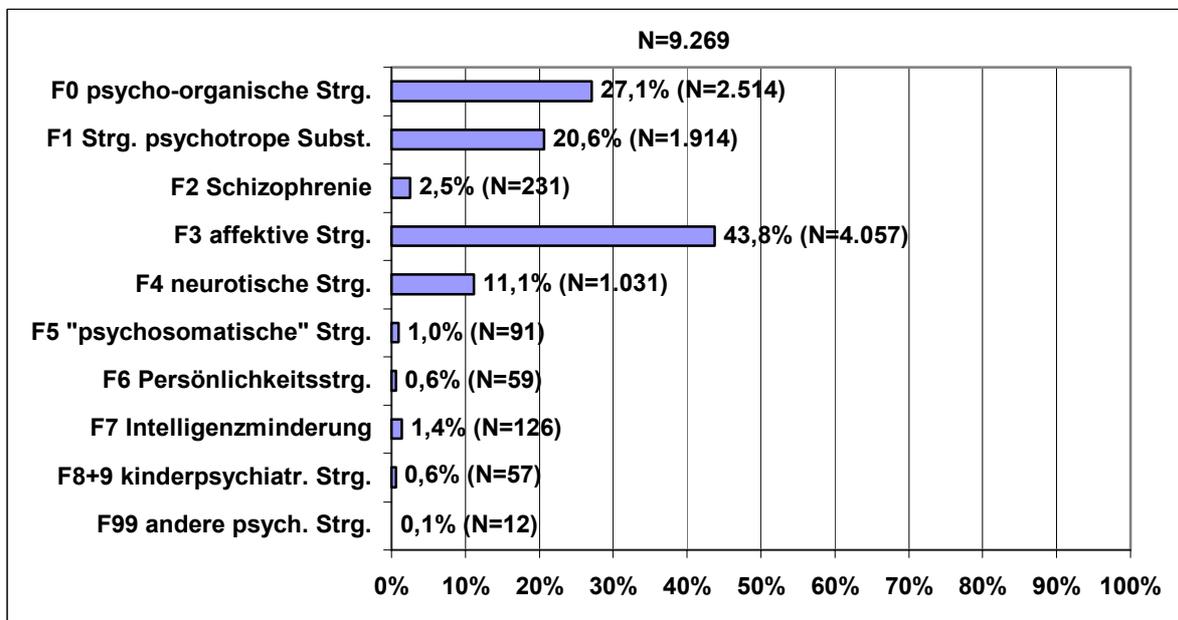


Abb. C-15c: Entlassungen aus dem Fachhauptbereich 63 „Neurologie“ 2002 mit psychiatrischen Haupt- oder Nebendiagnosen

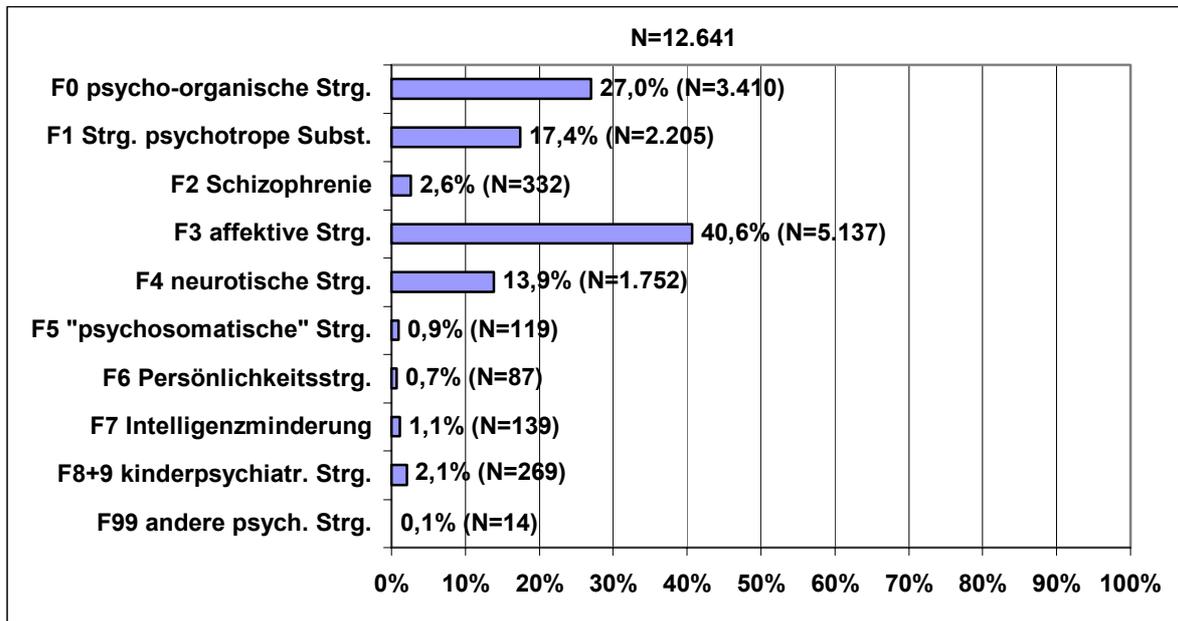


Abb. C-16a: Entlassungen aus den restlichen Fachhauptbereichen 2002 mit psychiatrischen Hauptdiagnosen

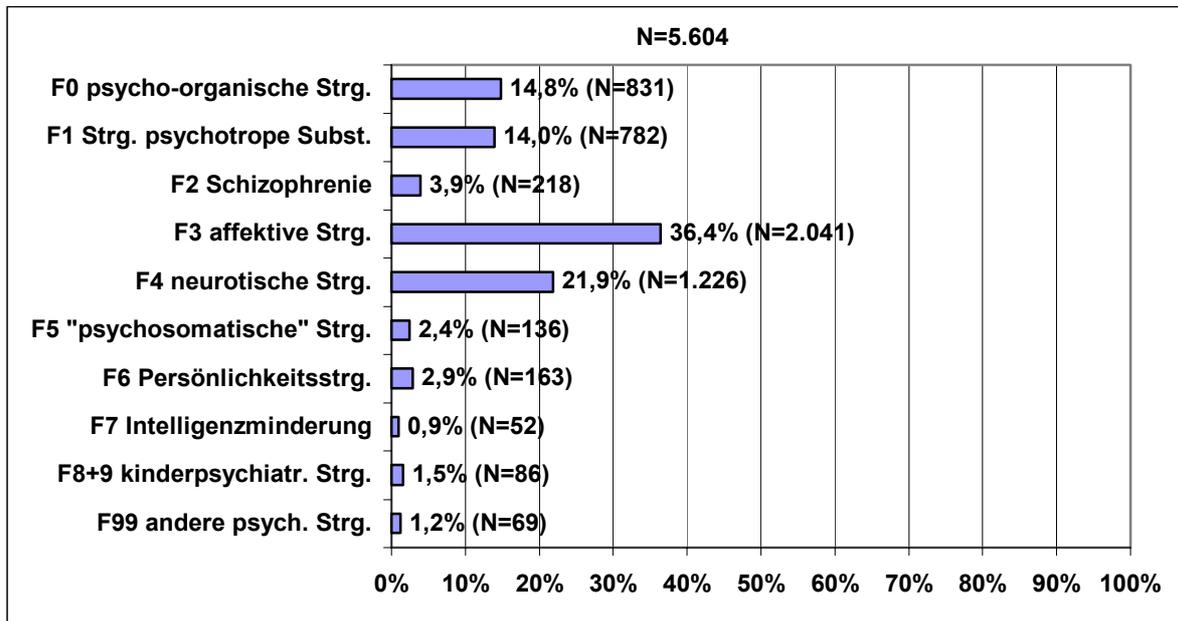


Abb. C-16b: Entlassungen aus den restlichen Fachhauptbereichen 2002 mit psychiatrischen Nebendiagnosen ohne psychiatrische Hauptdiagnosen (= somatische Hauptdiagnosen)

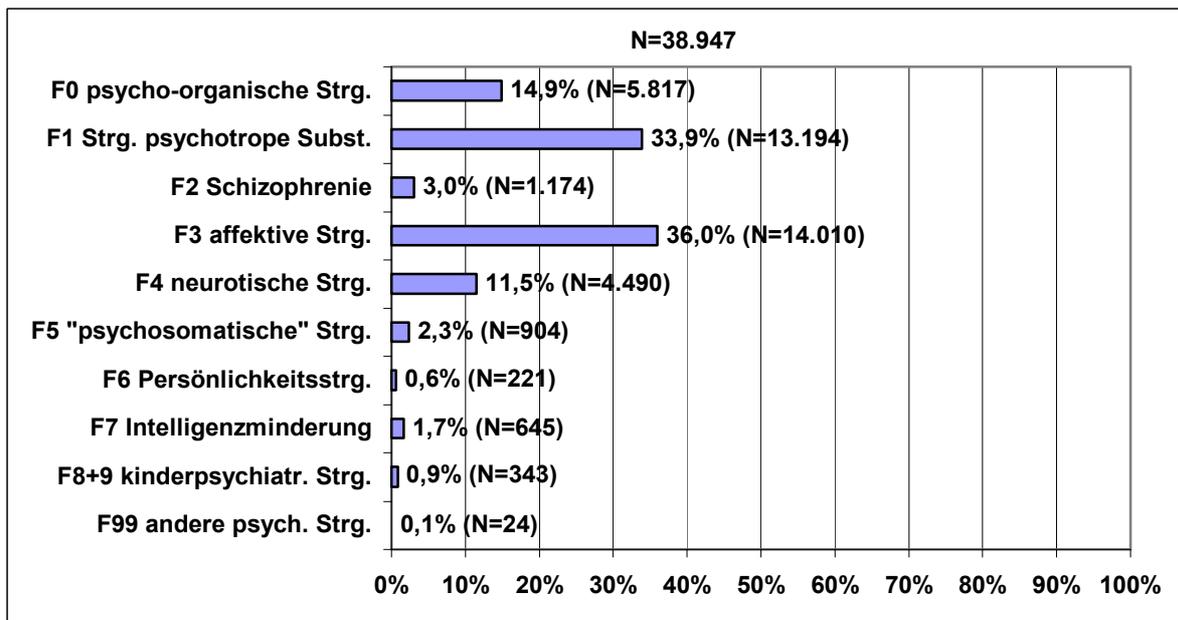
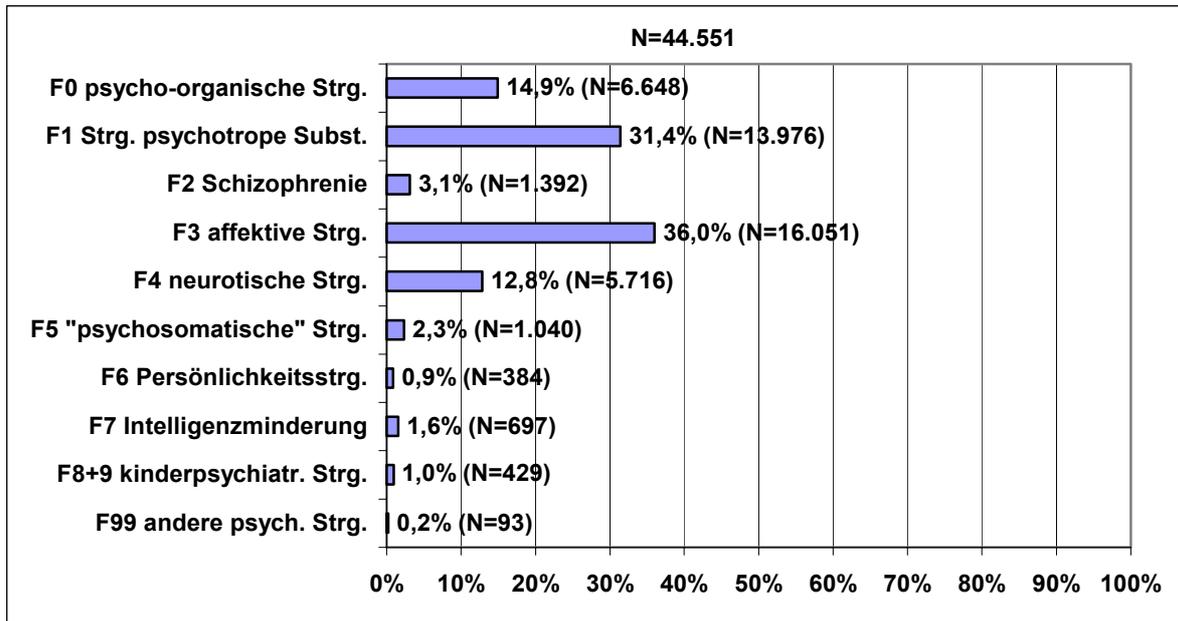
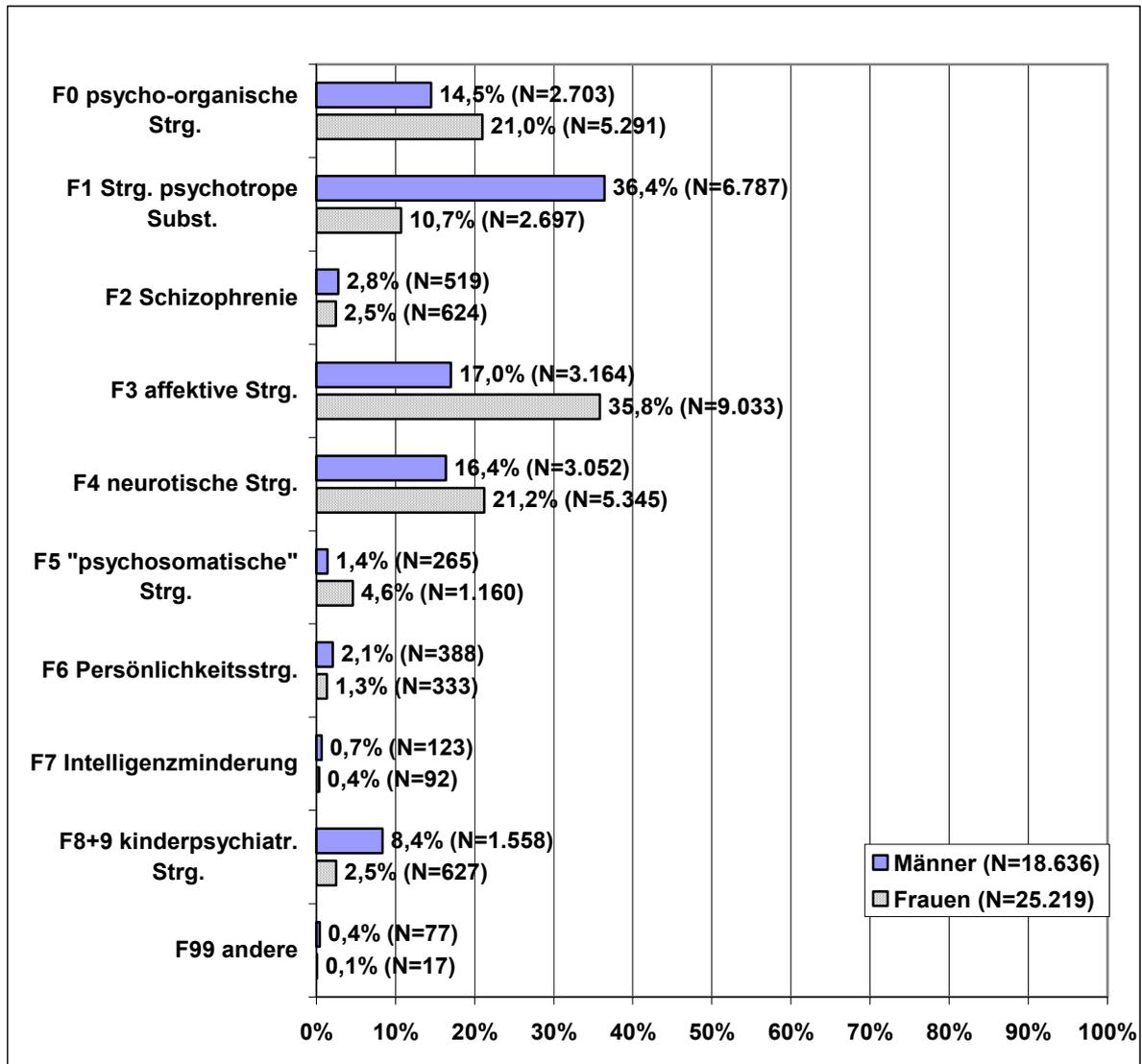


Abb. C-16c: Entlassungen aus den restlichen Fachhauptbereichen 2002 mit psychiatrischen Haupt- oder Nebendiagnosen



Bei der Aufteilung aller Entlassungen mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose aus nicht-psychiatrischen Abteilungen nach dem Geschlecht zeigt sich das von den Analysen der Entlassungen aus psychiatrischen Betten bekannte Bild (Abb. C-10a und C-10b): Männer dominieren bei den Störungen durch psychotrope Substanzen, Frauen bei den affektiven Störungen (Abb. C-17).

**Abb. C-17: Entlassungen aus nicht-psychiatrischen Betten 2002
Psychiatrische Hauptdiagnosen nach Geschlecht**



C.2.2.2.2 Aufenthaltsdauer bei Entlassungen aus nicht-psychiatrischen Betten ohne und mit psychiatrischer Nebendiagnose

In Abb. C-18 wird deutlich, dass bei einer körperlichen Grundkrankheit mit psychiatrischer Komorbidität die Aufenthaltsdauern deutlich länger werden als bei der gleichen Gruppe körperlicher Krankheiten ohne psychiatrische Komorbidität, und zwar bei allen körperlichen Krankheiten. In Abb. C-18 sind die Absolutzahlen für die einzelnen Hauptdiagnosegruppen dargestellt, in Abb. C-19 die relativen Verlängerungen der Aufenthaltsdauern.

Abb. C-18: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage) bei Entlassungen aus nicht-psychiatrischen Betten 2002 ohne und mit psychiatrischer Nebendiagnose nach somatischen Hauptdiagnosegruppen (ICD-10)

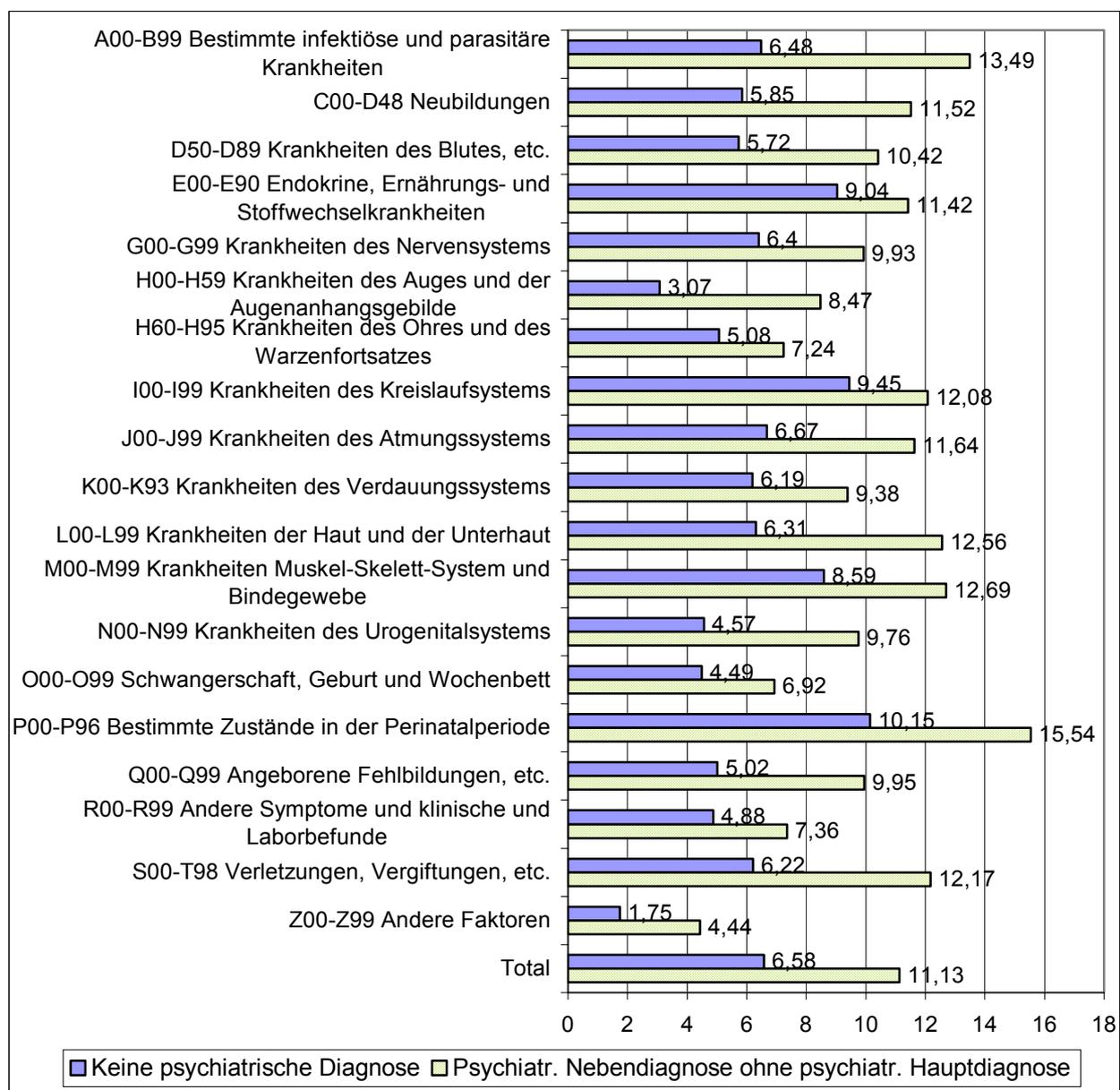
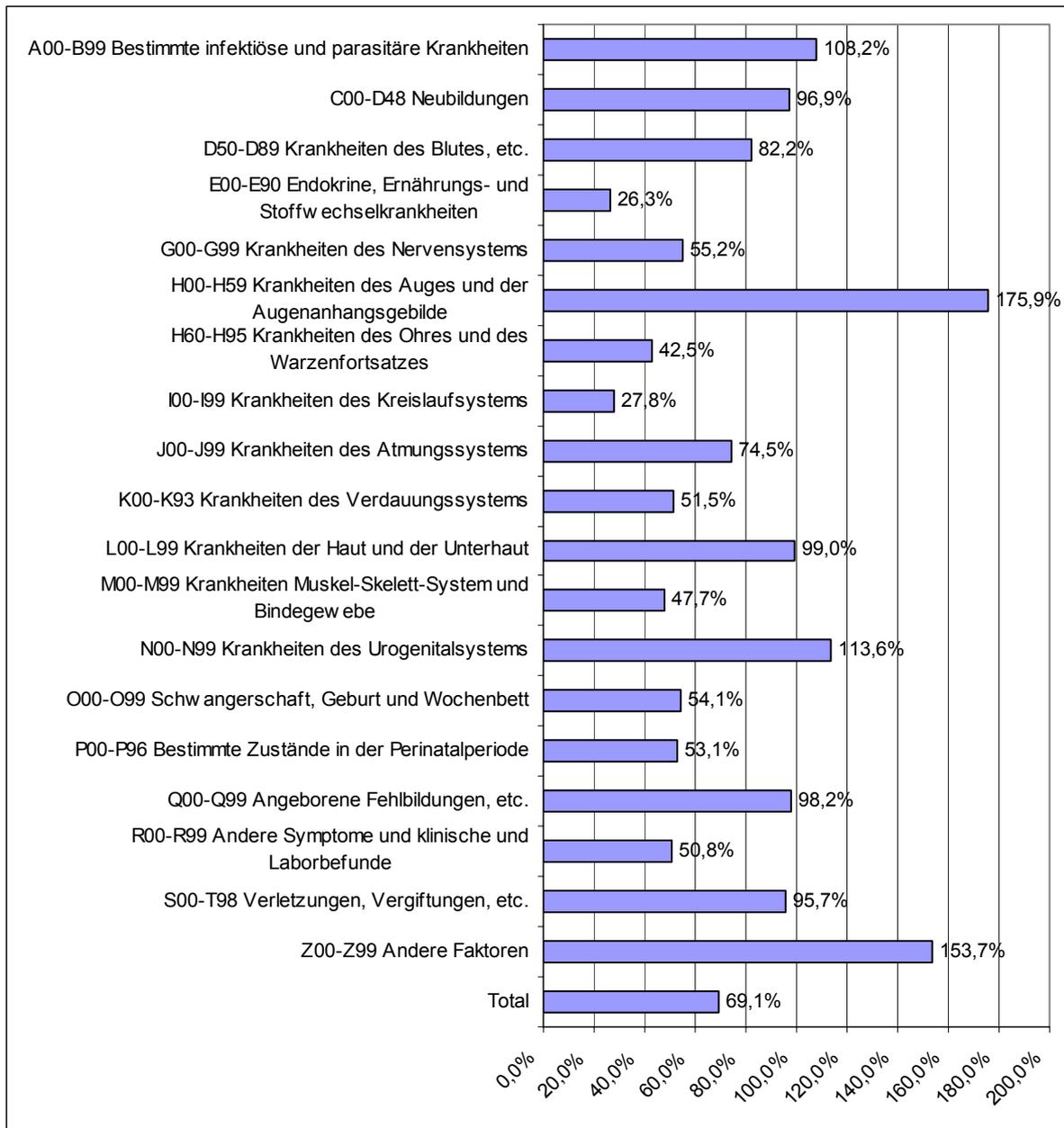


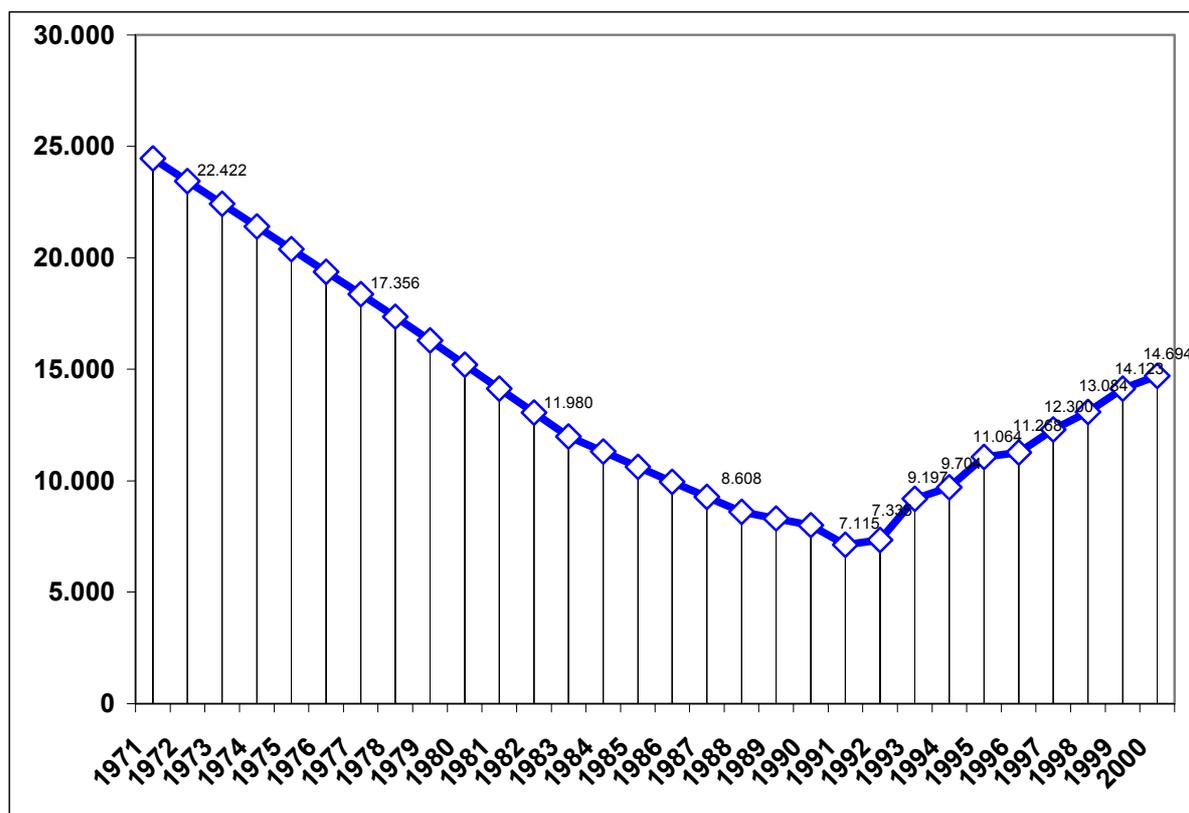
Abb. C-19: Prozentuelle Verlängerung der Aufenthaltsdauer bei Entlassungen aus nicht-psychiatrischen Betten bei psychiatrischen 2002 bei psychiatrischen Nebendiagnosen, nach somatischen Hauptdiagnosegruppen (ICD-10)



C.3 Unterbringungen nach dem Unterbringungsgesetz 1990

Bis zum Unterbringungsgesetz 1990 (UbG), das 1991 in Kraft trat, war die Zahl der bei Gerichten gemeldeten gerichtlichen Anhaltungen in psychiatrischen Krankenanstalten für den Zeitraum, für den Daten zur Verfügung standen, ständig gesunken (Abb. C-20). Seit 1993 ist es jedoch zu einer Trendumkehr gekommen. Seit damals sind die Unterbringungen bis zum Jahr 2000 auf das Doppelte gestiegen. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass auch die Aufnahmen generell zugenommen haben. Detaillierte Erläuterungen zu dieser Entwicklung sind im Österreichischen Psychiatriebericht 2001 enthalten.

Abb. C-20: Gerichtlich gemeldete Unterbringungen (nach UbG)



Quellen: Forster und Kinzl 2002⁴⁷

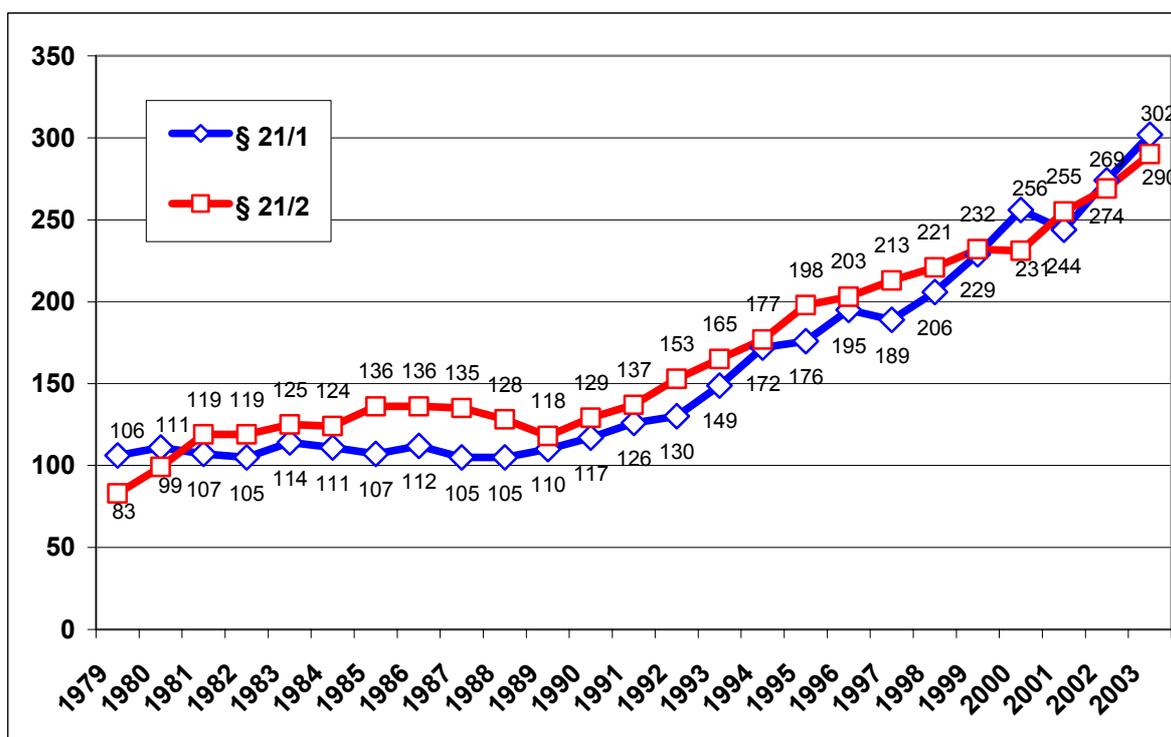
⁴⁷ Forster R., H. Kinzl: Statistische Informationen zur Vollziehung des Unterbringungsgesetzes. Teil 4:2000. Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie. Wien 2002

C.4 Maßnahmenvollzug gemäß §21 Abs.1 und Abs.2 Strafgesetzbuch

In Österreich werden psychisch kranke bzw. psychisch abnorme Rechtsbrecher seit der Strafrechtsreform 1975 in Justizanstalten des Bundesministeriums für Justiz, die speziell für den Maßnahmenvollzug eingerichtet wurden, eingewiesen. Fast alle diese Straftäter sind Männer. Je nachdem, ob sie vom Gericht als zurechnungsunfähig (§21 Abs. 1) oder als zurechnungsfähig (§21 Abs.2) eingestuft werden, sind die Justizanstalten Göllersdorf (§ 21 Abs.1) oder die Justizanstalt Mittersteig (§ 21 Abs.2) primär zuständig. Unter §21 Abs.1 fallen psychisch Kranke im engeren Sinn (etwa Personen mit schizophrenen Psychosen), unter §21 Abs.2 psychisch abnorme Rechtsbrecher, vorwiegend mit Persönlichkeitsstörungen (z.B. Sexualstraftäter).

In Abbildung C-21 ist die Entwicklung der Stichtagsprävalenzen für §21 Abs.1 und 2 für die Jahre 1979 bis 2003 dargestellt. Die Anzahl der nach §21 Abs.1 und Abs.2 an einem Stichtag untergebrachten Personen nimmt seit 1990 laufend zu. Die Kapazitäten der genannten spezifischen Justizanstalten für den Maßnahmenvollzug sind heute bei weitem ausgeschöpft. Deshalb wird weit mehr als die Hälfte aller Personen, die nach § 21 Abs. 1 eingewiesen wurden, in psychiatrischen Krankenanstalten behandelt. Ähnlich ist die Situation bei Personen, die nach § 21 Abs.2 verurteilt werden, die auch in anderen Justizanstalten als in der Justizanstalt Mittersteig untergebracht werden müssen.

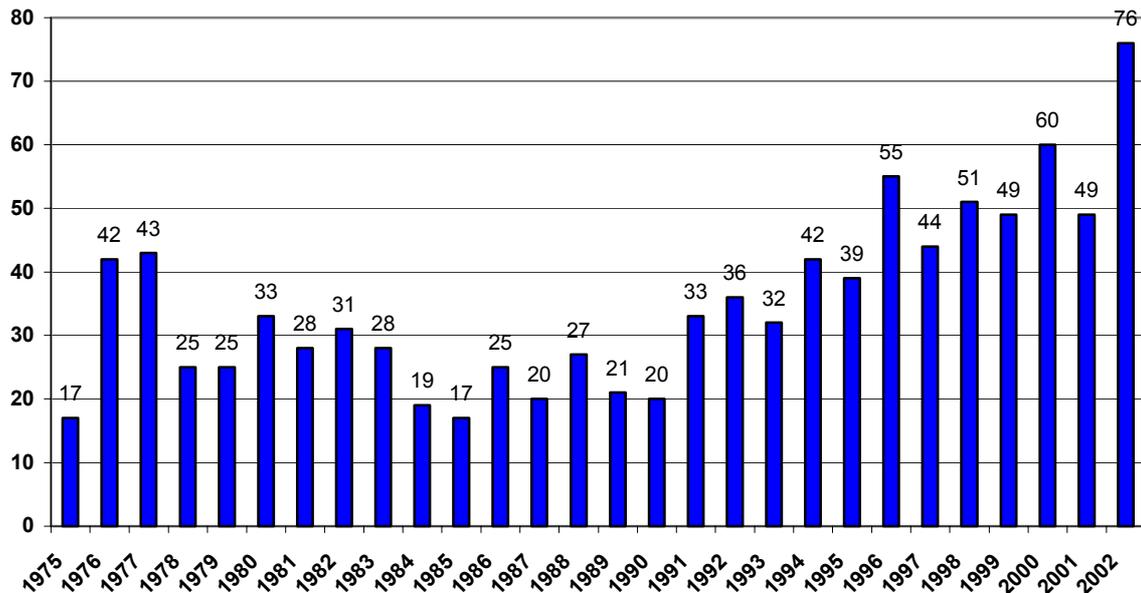
Abb. C-21: Anzahl der im Maßnahmenvollzug untergebrachten Männer (Stichtag 31.12)



Quelle: Bundesministerium für Justiz

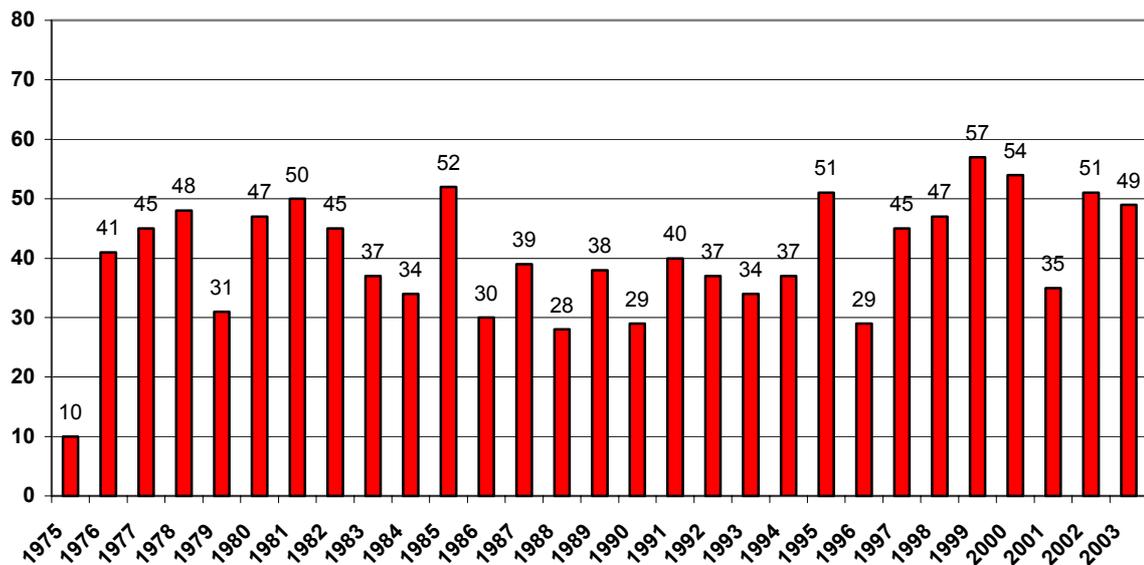
In Abb. C-22 ist die zeitliche Entwicklung der Unterbringungen im Maßnahmenvollzug nach §21 Abs. 1 für die Jahre 1975-2002 dargestellt – die Unterbringungen sind hier in den letzten Jahren deutlich im Steigen begriffen. In Abb. C-23 sind die analogen Zahlen für § 21 Abs. 2 für die Jahre 1975 bis 2003 abgebildet. Hier zeigt sich (bei starken Schwankungen) kein Trend eines Steigens oder Fallens der jährlichen Einweisungszahlen.

Abb. C-22: Anzahl der Einweisungen in eine Maßnahme nach §21/1 StGB 1975 bis 2002



Quelle: Gerichtliche Kriminalstatistik

Abb. C-23: Anzahl der Einweisungen in eine Maßnahme nach §21/2 ÖStGB 1975-2003



Quelle: Katschnig und Gutierrez 2000, Frottier 2004

D - Psychopharmaka und Psychotherapie

Einleitung

In diesem Abschnitt werden zwei Therapieformen behandelt, die im psychiatrischen und psychosozialen Bereich verbreitet eingesetzt werden und für die es dokumentierte Angaben über die Häufigkeit ihres Einsatzes bzw. die Kosten gibt. Es handelt sich weder um eine vollständige Analyse dieser Bereiche, noch um die Analyse ihres Stellenwertes innerhalb der gesamten psychiatrischen Behandlung. Auch können diese Therapiearten keinesfalls gegeneinander aufgerechnet werden, da einerseits die Indikationen ihres Einsatzes zum Teil sehr unterschiedlich sind, andererseits auch ihr kombinierter Einsatz sinnvoll ist. Die im Österreichischen Psychiatriebericht 2001 veröffentlichten Zahlenreihen (bis 1999/2000) werden hier bis 2003 fortgesetzt.

D.1 Psychopharmakaverbrauch 1991-2002

D.1.1 Gesamtentwicklung

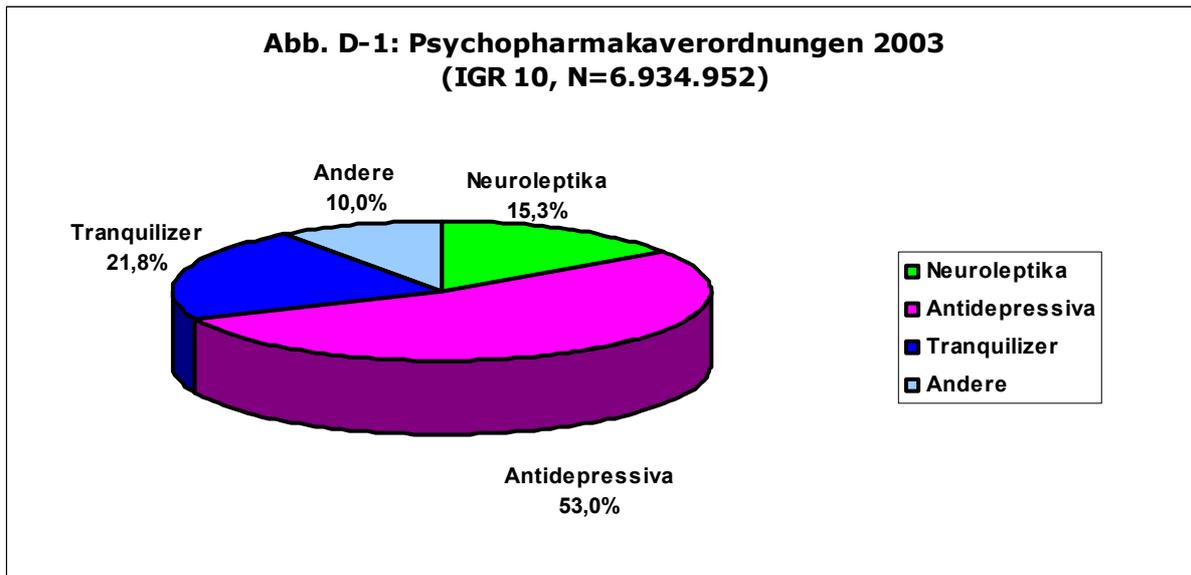
Für den Psychopharmakaverbrauch standen zwei Datenquellen zur Verfügung: Auskünfte des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungs-träger 1995 bis 2002 (aus der maschinellen Heilmittelabrechnung⁴⁸) und Angaben der IMS Health Marktforschung GmbH (teilweise weiter zurückreichend, die auf speziellen Erhebungen beruhen). Die Daten dieser beiden Quellen sind nicht direkt miteinander vergleichbar, da sie mit unterschiedlichen Absichten und unterschiedlichen Methoden erhoben werden. Die Trends sind aber, wie zu sehen sein wird, ähnlich.

In beiden Fällen wurden uns die Daten freundlicherweise in ausgewerteter Form zur Verfügung gestellt. Nicht näher analysiert sind hier Psychopharmakadaten aus dem Krankenanstaltenbereich, der sowohl volums- als auch kostenmäßig unter dem ambulanten Bereich liegt.

Im Jahre 2003 wurden im Bereich der niedergelassenen Ärzte vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger insgesamt rund 6,935.000 Psychopharmakaverordnungen registriert⁴⁹. Die größte Gruppe waren die Antidepressiva mit rund 53%, gefolgt von den Tranquilizern mit etwas unter 22% und den Neuroleptika mit rund 15% (Abb. D-1).

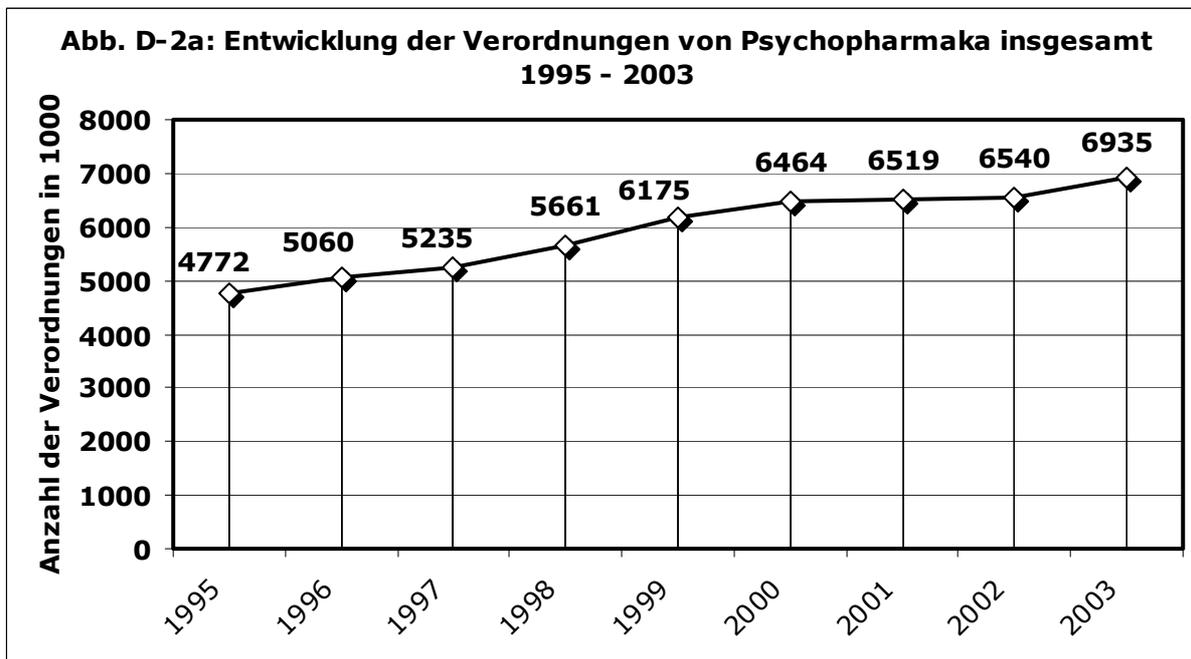
⁴⁸ In der Heilmittelabrechnung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger sind nur jene Verordnungen erfasst, deren Packungspreis über der Rezeptgebühr liegt.

⁴⁹ Die Krankenkasse der Gewerblichen Wirtschaft ist hier und in den folgenden Auswertungen nicht enthalten.

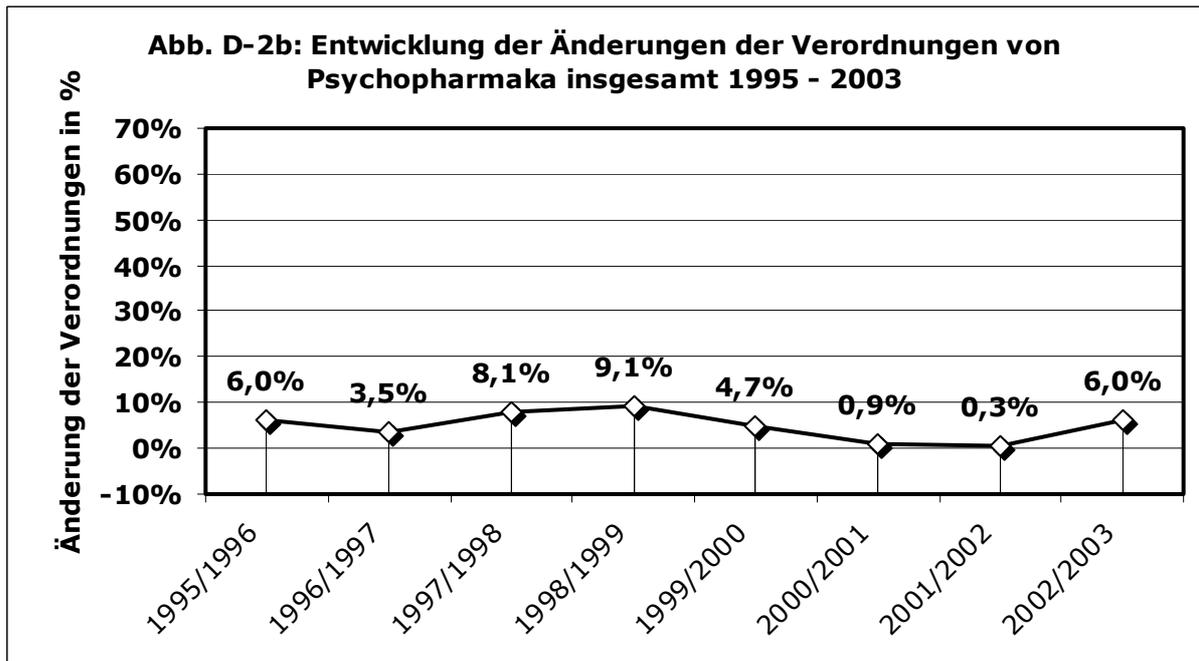


Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

Im Hinblick auf die absoluten Gesamtzahlen der Verordnungen von Psychopharmaka zeigt der zeitliche Verlauf bis 2000 einen klaren Trend der Zunahme (Abb. D-2a), wobei auch die jährlichen Zuwachsraten zunächst steigen (Abb. D-2b), und zwar von rund 6% (1996/1997) auf rund 9% (1998/1999). Nach 1999 findet eine Trendumkehr statt, die Zuwachsraten sinken deutlich und stagnieren nahezu (0,3%) vom Jahr 2001 auf 2002. Von 2002 auf 2003 kam es hingegen mit +6% wieder zu einer Zunahme.

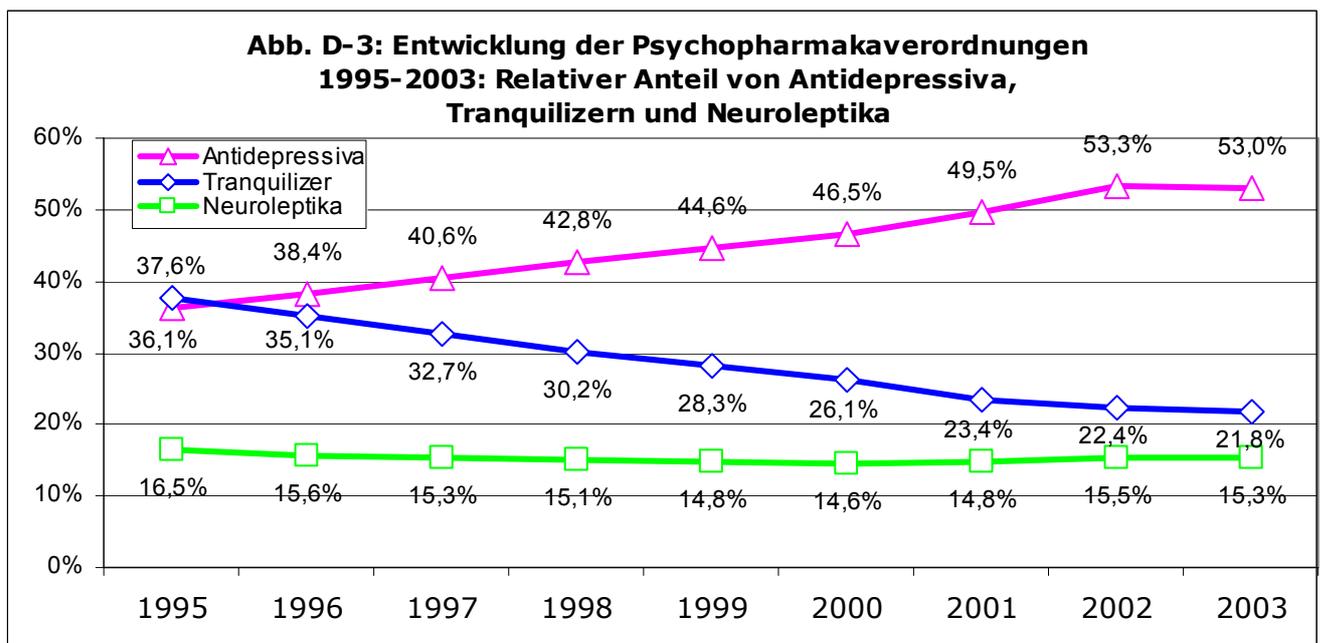


Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Im zeitlichen Verlauf des relativen Anteils der einzelnen Psychopharmakagruppen (Abb. D-3) zeigt sich, dass 1995 der Anteil der Tranquilizer an allen Verordnungen mit 37,6% noch etwas größer war als der Anteil der Antidepressiva (36,1%). In den folgenden Jahren hat der relative Anteil der Antidepressivaverordnungen bis 2002 kontinuierlich zugenommen, stagniert aber seit 2002 bei rund 53%. Der langfristigen Zunahme des Anteils der Antidepressivaverordnung entspricht eine Abnahme des Anteils der Tranquilizerverordnungen auf nur mehr rund 22% in den Jahren 2002 und 2003. Der Anteil der Neuroleptikaverordnungen ist im gesamten Zeitraum mit kleinen Schwankungen (14,6% -16,5%) praktisch konstant geblieben (Abb. D-3).

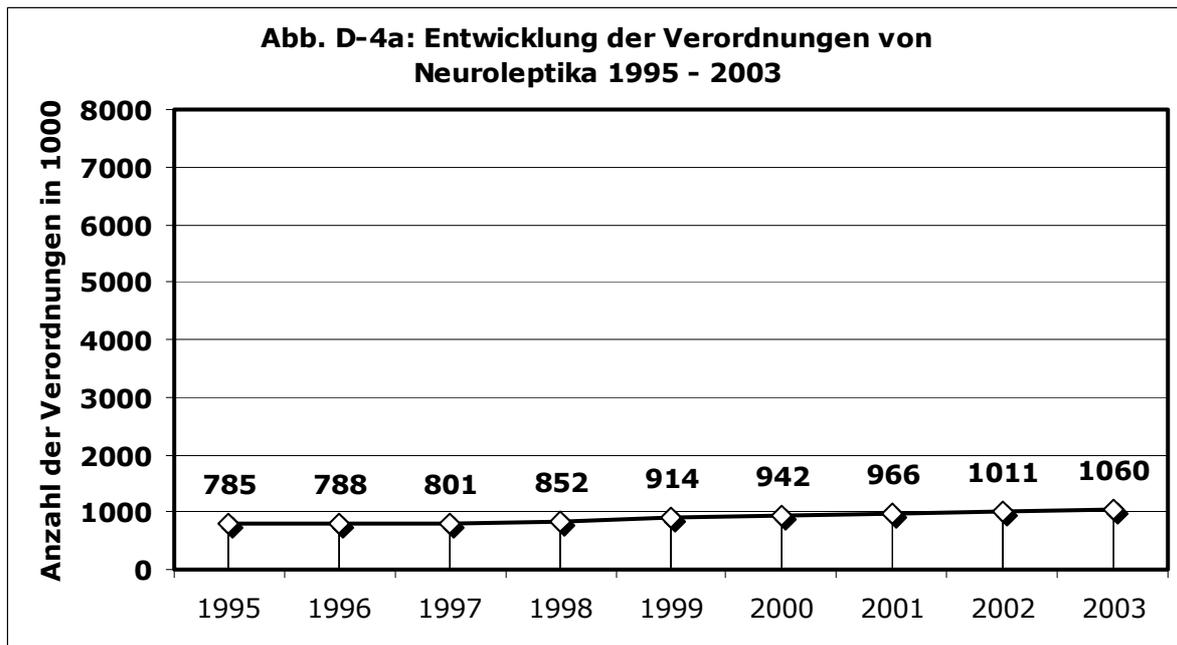


Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

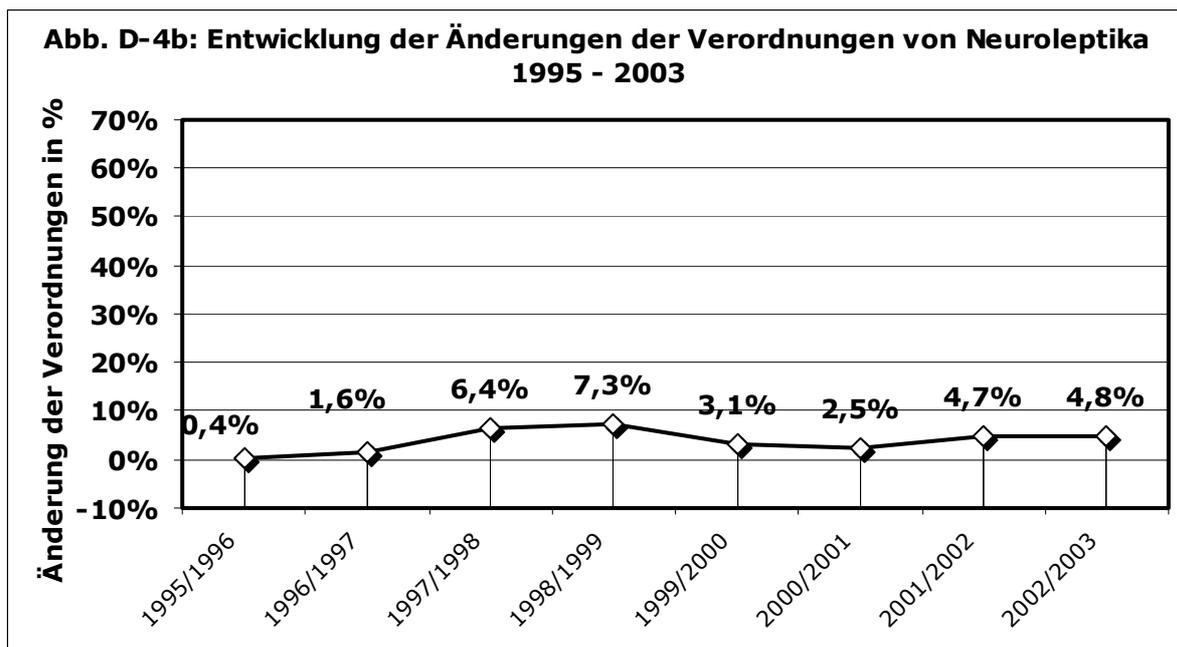
D.1.2 Neuroleptika, Antidepressiva, Tranquilizer

Neuroleptika

Bei der Analyse des zeitlichen Trends der Verschreibungen der einzelnen Substanzgruppen finden sich deutliche Unterschiede. So steigt bei den Neuroleptika, die vorwiegend bei psychotischen Erkrankungen verwendet werden (sie werden deshalb heute auch „Antipsychotika“ genannt), die Anzahl der Verordnungen zwischen 1995 und 1997 nur in einem unbedeutendem Ausmaß (+0,4% und 1,65%), während die Zuwachsrate im Jahr 1999 auf 7,3% ansteigt. In den folgenden Jahren ging die Zuwachsrate wieder zurück, um sich zuletzt wieder auf rund 5% zu erhöhen (Abb. D-4a und D-4b).



Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

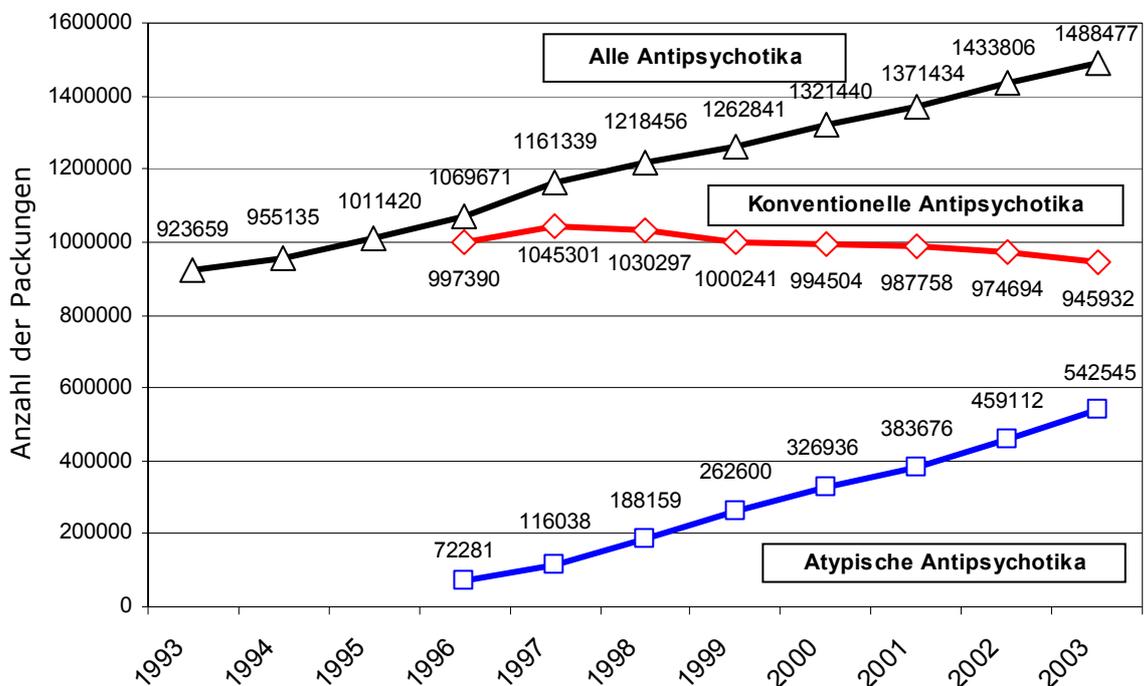


Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

Für die nähere Analyse der Entwicklung der Neuroleptikaverordnung konnten Daten über den Packungsabsatz im Apothekenmarkt herangezogen werden, die von der Firma IMS Health Forschung zur Verfügung gestellt wurden. Seit 1996 sind bei diesen Daten die Neuroleptika/Antipsychotika in die „konventionellen“ und die neuen, nebenwirkungsärmeren „atypischen“ Antipsychotika trennbar. Diese Daten sind nicht direkt mit den von den Krankenkassen registrierten Verordnungen der Ärzte vergleichbar, können aber zumindest für den zeitlichen Verlauf zusätzliche Erkenntnisse bringen.

Zunächst ist ersichtlich, dass, soweit die Zeitreihe zurückreicht (bis 1993), der Packungsabsatz der Neuroleptika laufend um mehrere Prozent pro Jahr gestiegen ist (Abb. D-5a und D-5b).

Abb. 5a: Packungsabsatz im Apothekenmarkt: Alle Antipsychotika, Atypische Antipsychotika und Konventionelle Antipsychotika im Vergleich 1993 (1996) - 2003



Bei näherer Analyse des Packungsabsatzes seit 1996 (Abb. D-5a) sieht man, dass die atypischen Antipsychotika, die erst seit 1996 in nennenswertem Umfang zum Einsatz gekommen sind, von einem relativ geringen Anfangswert von 72.281 Packungen im Jahr 1996 in einem deutlichen Anstieg auf 543.545 Packungen im Jahre 2003 gelangt sind. Dies sind zunächst Zuwachsraten von über 60% pro Jahr, die jedoch ab 1999 fallen und ab 2001/2002 ein Plateau von etwas unter 20% erreicht haben (Abb. D-5b). Die konventionellen Neuroleptika hingegen sind zunächst noch um 4,8% gestiegen, fallen aber seit 1999 leicht ab, im Schnitt um 1% pro Jahr, zuletzt (2002/2003) um fast 3% (Abb. D-5a und D-5d). Insgesamt ist es zu keiner Veränderung des vor der Einführung der atypischen Antipsychotika bereits bestehenden Trends der Zunahme der Neuroleptikaverordnungen gekommen.

Abb. D-5b: Veränderungen des Packungsabsatzes im Apothekenmarkt: Alle Antipsychotika (N5A) 1993 - 2003

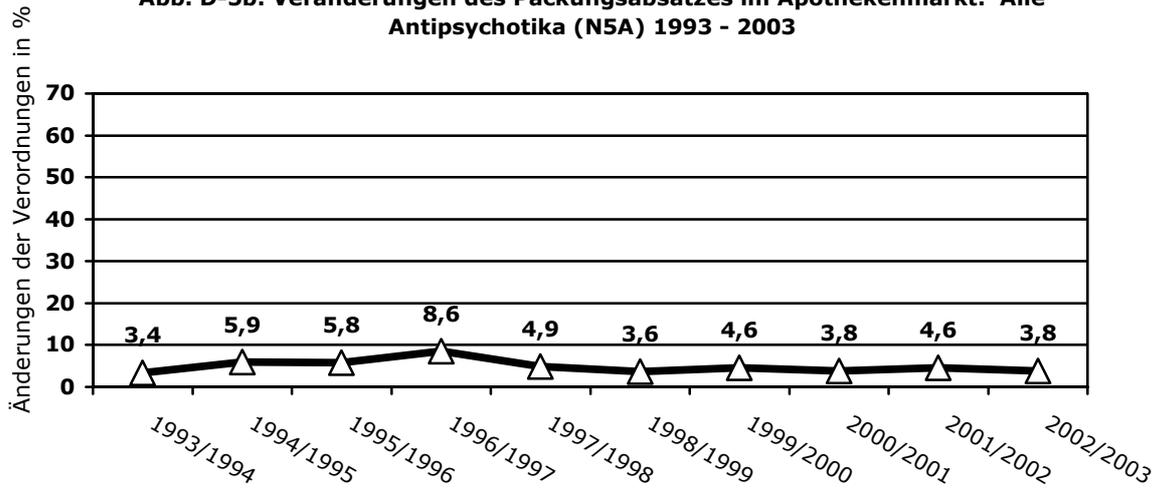


Abb. D-5c: Veränderungen des Packungsabsatzes im Apothekenmarkt: Atypische Antipsychotika (N5A1) 1996 - 2003

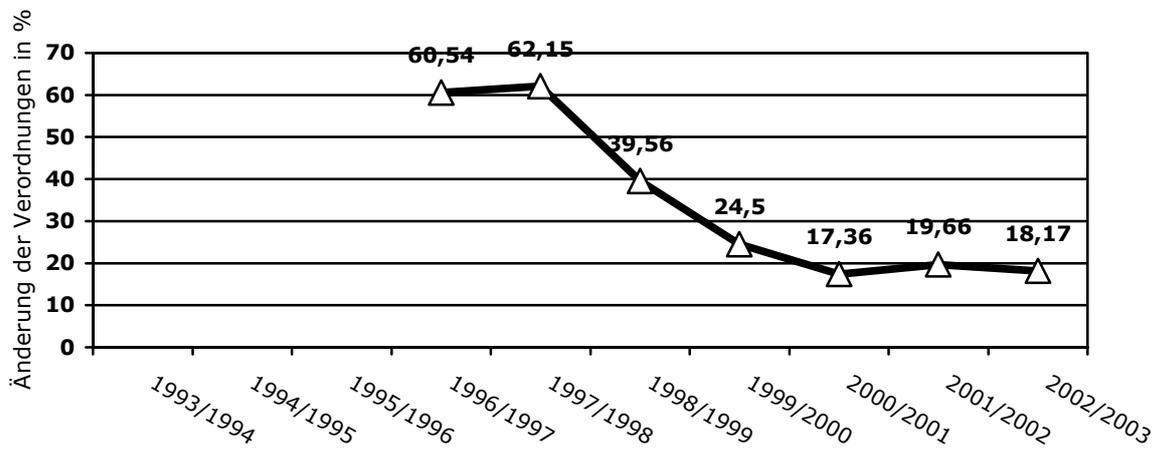
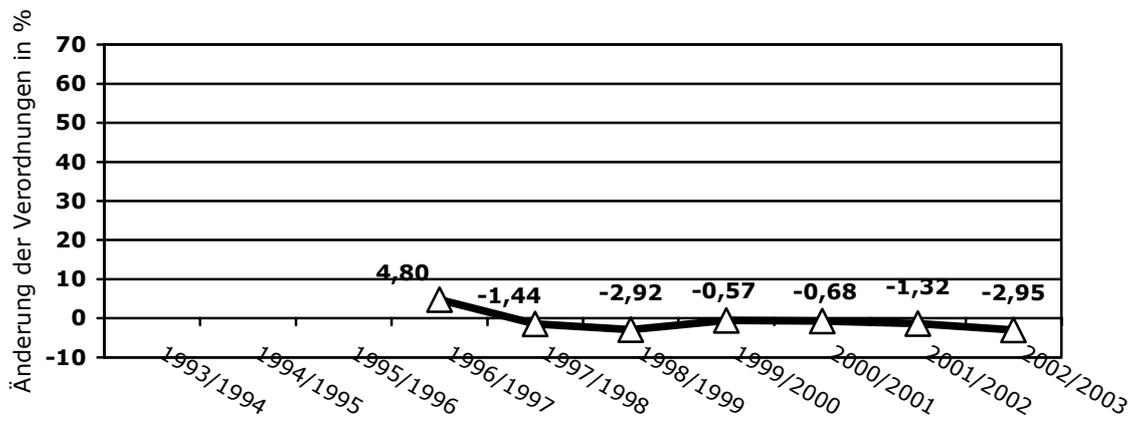


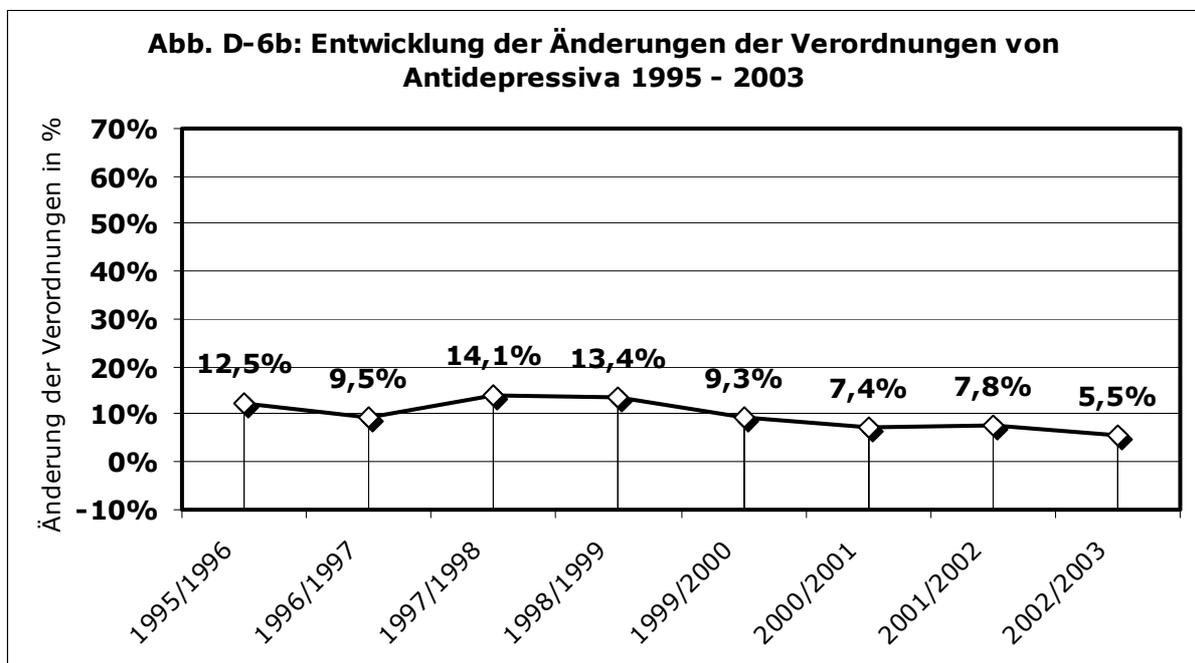
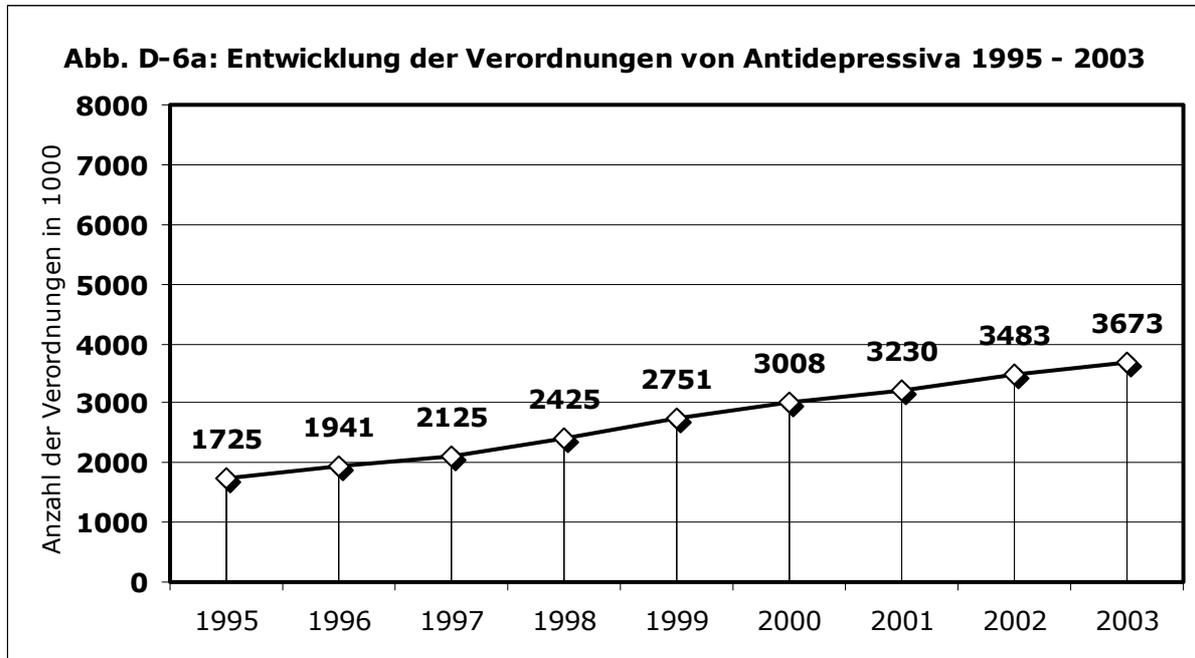
Abb. D-5d: Veränderungen des Packungsabsatzes im Apothekenmarkt: Konventionelle Antipsychotika (N5A9) 1996 - 2003



Quelle: IMS Health Marktforschung GmbH

Antidepressiva

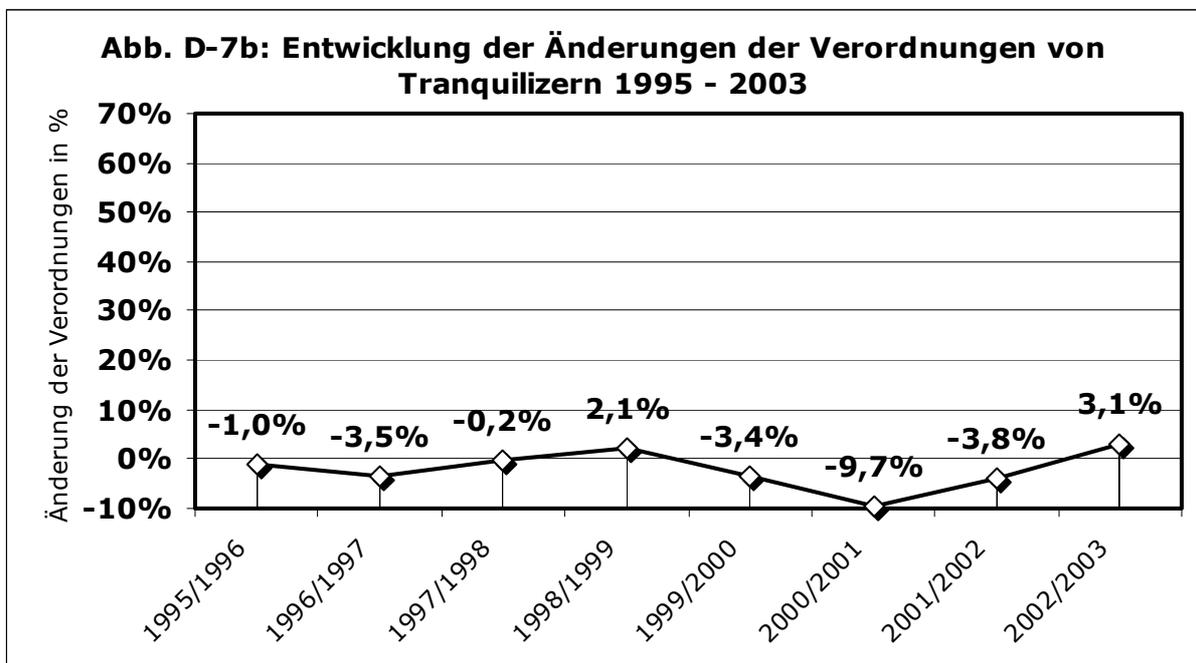
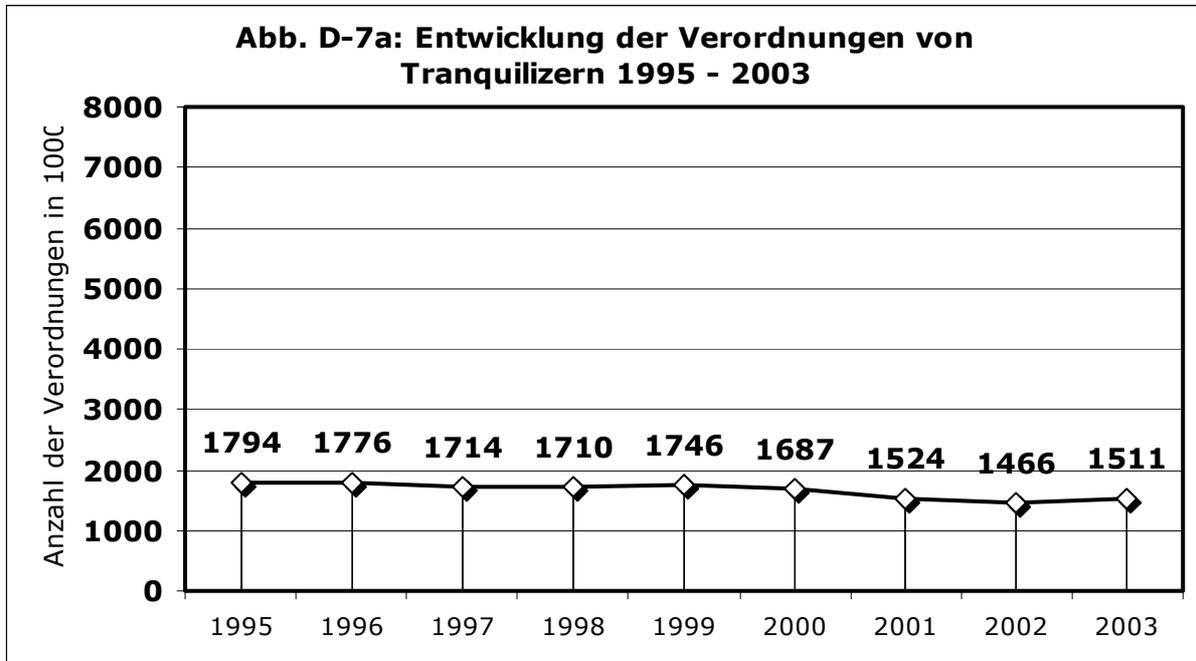
Bei den Antidepressiva, der von der Verordnungszahl her größten Psychopharmakagruppe (2002: 53%), zeigt sich ein weit über dem Gesamtwert für alle Psychopharmaka liegendes jährliches Wachstum (Abb. D-6a und D-6b). Hier lagen die maximalen jährlichen Zuwachsraten zunächst um die 13 bis 14% (1997/1998 und 1998/1999), sind aber seither auf rund 5% zurückgegangen (2002/2003).



Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

Tranquilizer

1995 lagen die Tranquilizer-Verordnungen mit 1,79 Millionen noch über den Antidepressiva-Verordnungen (1,73 Millionen); 2002 waren die Tranquilizerverordnungen mit 1,51 Millionen weit unter den auf 3,5 Millionen gestiegenen Antidepressiva-Verordnungen (Abb. D-7a). Tranquilizerverordnungen sind seit 1995 leicht gefallen, allerdings zuletzt wieder etwas angestiegen (Abb. D-7a und D-7b).

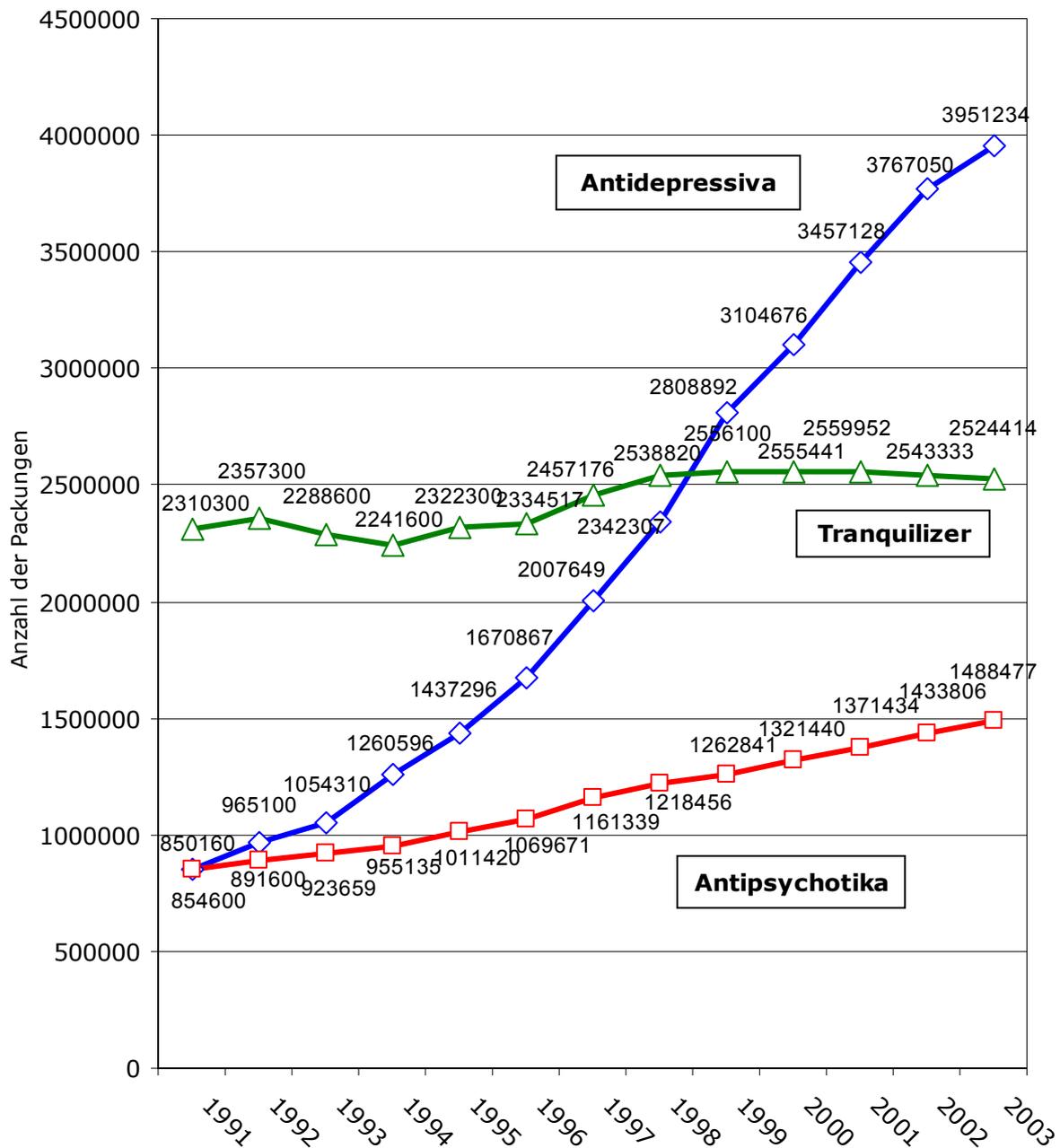


Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Vergleich der drei Gruppen

Beim Vergleich mit den IMS Daten über den Packungsabsatz im Apothekenmarkt, die bis zurück zum Jahr 1991 zur Verfügung standen, zeigt sich, dass Antidepressiva schon seit 1991 im Steigen sind und in der Dekade von 1991 bis 2002 ein Anstieg auf das Vierfache des Ausgangswertes von 1991 zu beobachten ist (Abb. D-8). Der Packungsabsatz der Tranquilizer im Apothekenmarkt blieb in etwa gleich. Neuroleptika steigen laufend, liegen aber deutlich unter den Antidepressiva- und Tranquilizerverordnungen.

Abb. D-8: Packungsabsatz im Apothekenmarkt: Antidepressiva, Tranquilizer und Antipsychotika im Vergleich

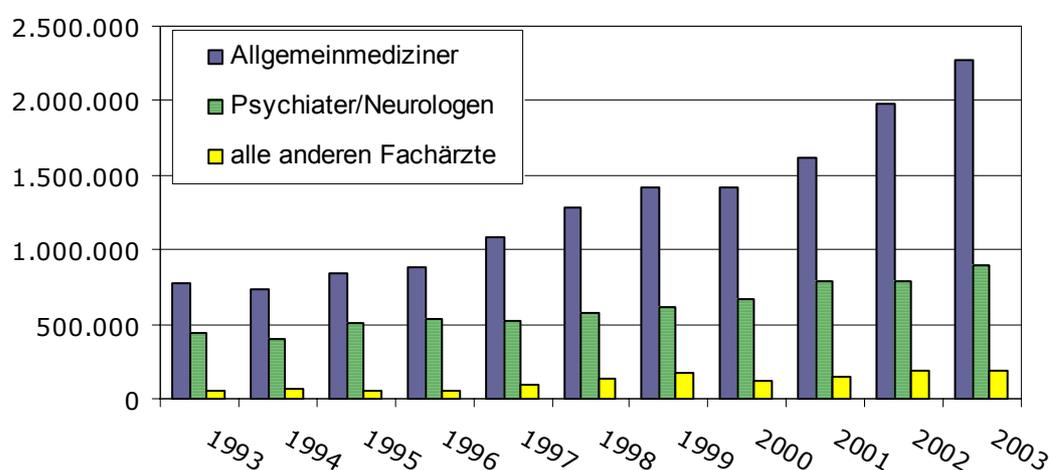


Quelle: IMS Health Marktforschung GmbH

D.1.3 Verordnung von Psychopharmaka nach Ärztegruppen: Allgemeinpraktiker, Fachärzte für Psychiatrie/Neurologie und andere Fachärzte

Eine Aufteilung der Antidepressivaverordnungen auf Ärzte für Allgemeinmedizin („Praktiker“), Fachärzte für Psychiatrie/Neurologie und alle anderen Fachärzte zeigt, dass die Zunahme der Antidepressivaverordnungen seit Beginn der 90er Jahre, und besonders in der zweiten Hälfte der Dekade, zum überwiegenden Teil auf eine Zunahme der Verschreibungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin zurückzuführen ist (Abb. D-9).

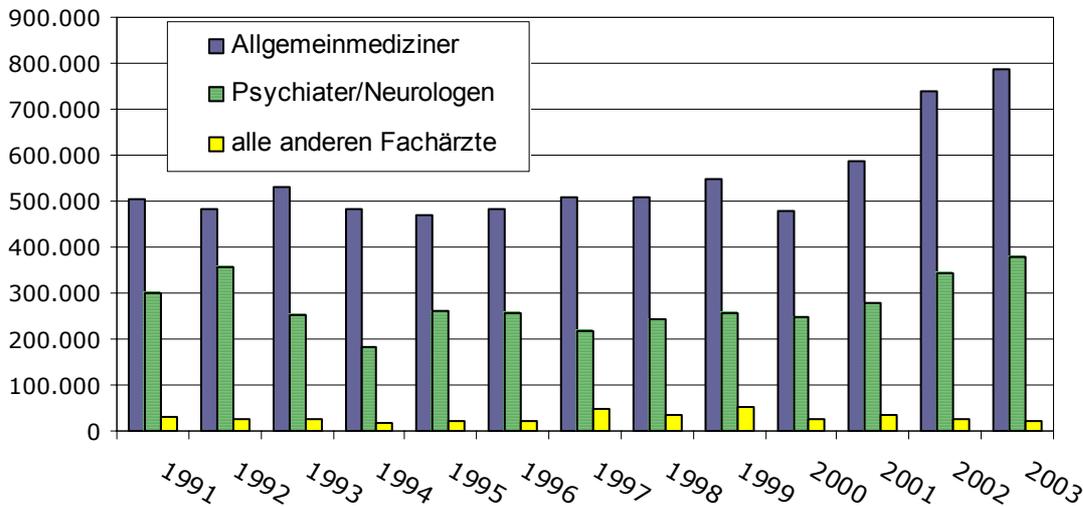
**Abb. D-9: Anzahl der Verordnungen von Ärzten für
Allgemeinmedizin, Psychiatern/Neurologen
und allen anderen Fachärzten:
Antidepressiva 1993 - 2003**



Quelle: IMS Health Marktforschung GmbH

Interessant ist, dass auch Antipsychotikaverordnungen zu etwa zwei Drittel auf Verordnungen von Ärzten für Allgemeinmedizin zurückgehen und nur zu einem Drittel auf Verordnungen von Psychiatern/Neurologen (Abb. D-10). Darin bildet sich auch die Tatsache ab, dass es viel mehr Ärzte für Allgemeinmedizin als Psychiater und Neurologen gibt.

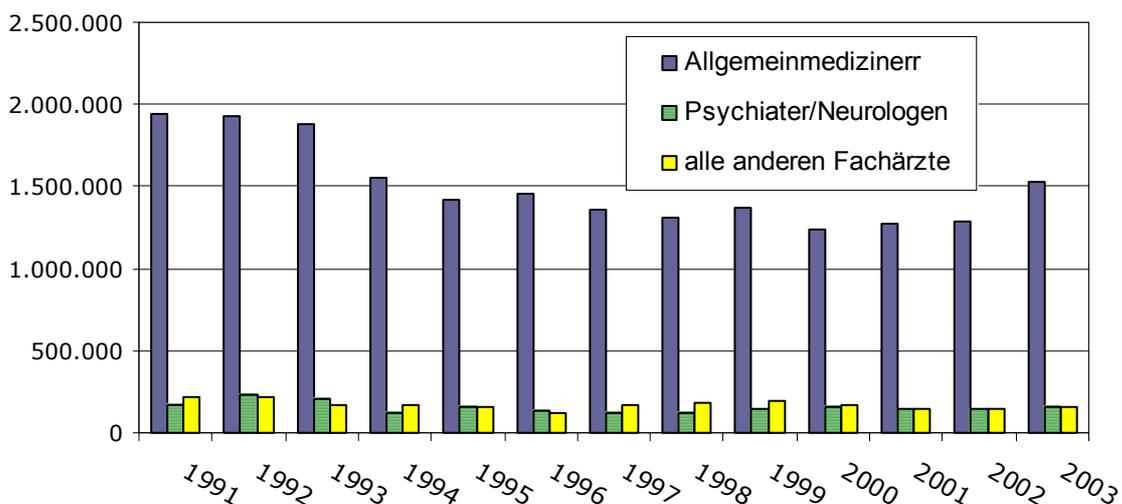
Abb. D-10: Verordnungen von Ärzten für Allgemeinmedizin, Psychiatern/Neurologen und allen anderen Fachärzten: Antipsychotika 1991 - 2003



Quelle: IMS Health Marktforschung GmbH

Bei den Hypnotika und Tranquilizern zeigt sich, dass Ärzte für Allgemeinmedizin diese Medikamentengruppe um ein Vielfaches häufiger verschreiben als Psychiater und Neurologen (Abb. D-11) – und zwar deutlich mehr als dies bei den Antidepressiva und Neuroleptika der Fall ist. In den vergangenen zehn Jahren ist es aber insgesamt zu einer Abnahme der Tranquilizer-Verordnungen bei Ärzten für Allgemeinmedizin gekommen, allerdings mit einem neuerlichen Anstieg im Jahre 2003.

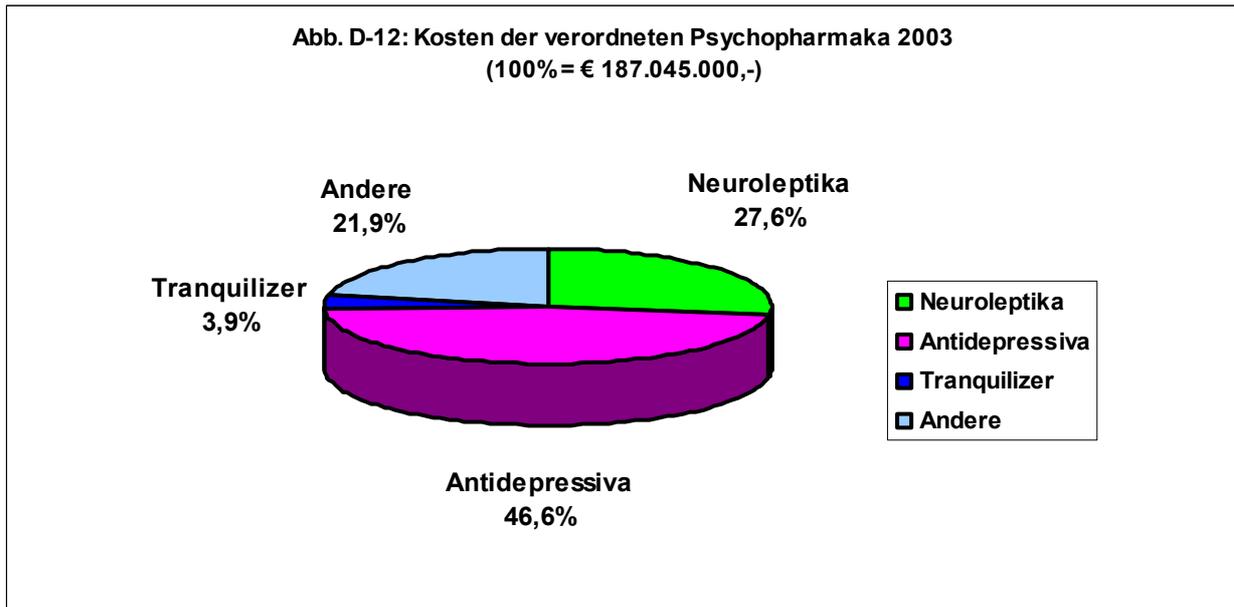
Abb. D-11: Anzahl der Verordnungen von Ärzten für Allgemeinmedizin, Psychiatern/Neurologen und allen anderen Fachärzten: Tranquilizer 1991 - 2003



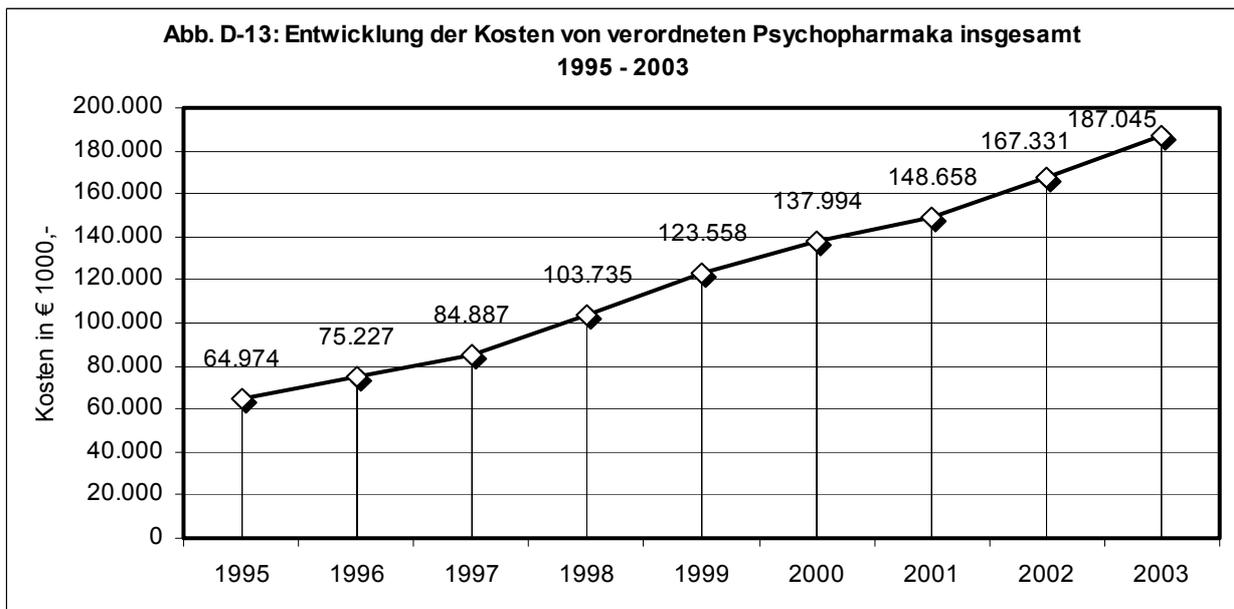
Quelle: IMS Marktforschung GmbH

D.1.4 Kosten

Wie in Abb. D-12 ersichtlich ist, verursachten im Jahre 2003 die Antidepressiva allein 47% der Psychopharmakakosten, die in diesem Jahr insgesamt bei rund 187 Millionen € lagen. Neuroleptika tragen im Vergleich zu ihrer Verordnungshäufigkeit überproportional zu den Gesamtkosten bei (2003: Verordnungen 15,3%; Kosten 27,6%). Seit 1995 haben sich diese Kosten für sämtliche Psychopharmaka nahezu verdreifacht (Abb. D-13).

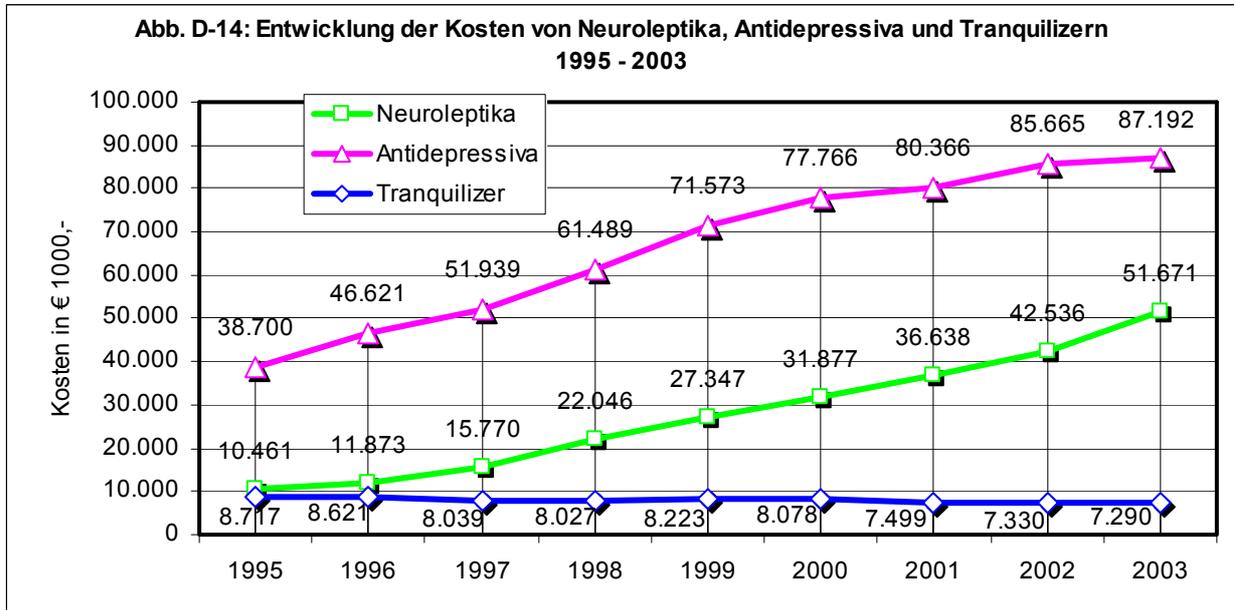


Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger



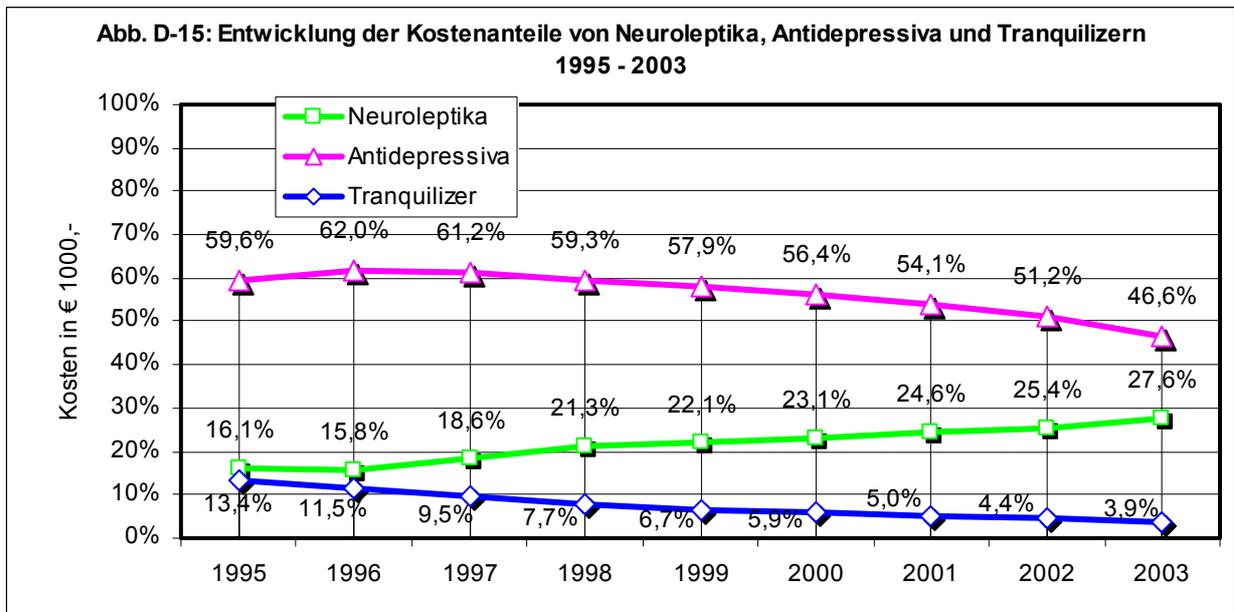
Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Ein Vergleich der Kostenentwicklung der drei Hauptgruppen von Psychopharmaka zeigt unterschiedliche Trends. Die Tranquilizer sind kostenmäßig auf einem niedrigen Niveau leicht fallend, die Antipsychotika liegen in einem mittleren Niveau und sind steigend, die Antidepressiva steigen auf einem hohen Niveau (Abb. D-14).



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Abb. D-15 zeigt, dass der relative Anteil der Antidepressivakosten laufend zurückgeht, während der der Neuroleptika/Antipsychotika kontinuierlich wächst.



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

D.2 Ausgaben der Krankenkassen für psychotherapeutische Behandlung im Zeitraum 1997 - 2002

Für psychotherapeutische Behandlungen gaben die Krankenkassen in Österreich im Jahr 2003 insgesamt 38 Millionen € aus. Gegenüber 1997 bedeutet dies eine Steigerung um 68%. Je rund 30% davon entfallen auf ärztliche Psychotherapie (Vertragsärzte und Wahlärzte) und auf niedergelassene nichtärztliche Psychotherapeuten ("Wahlpsychotherapeuten"), die restlichen 40% auf Psychotherapie in Vereinen und kasseneigenen Einrichtungen.

Tab. D-1: Ausgaben der Krankenkassen für psychotherapeutische Behandlungen (in Millionen €)

	Gesamt	Steigerung (1997= 100%)	ärztliche Psychotherapie	Wahlpsycho- therapeuten	Psychotherapie in Vereinen und eigenen Einrichtungen
1997	22,55	100%	8,33	9,87	4,35
1998	24,47	107%	9,01	10,35	4,10
1999	27,26	123%	9,98	11,62	5,65
2000	28,71	124%	10,22	11,91	6,58
2001	34,33	152%	10,65	11,24	12,45
2002	37,97	168%	11,39	11,43	15,15

Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger

Liste der Abkürzungen

AAA = Alzheimer Angehörige Austria
AKHs = Allgemeinkrankenhäuser
BMGF = Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
HDG = Hauptdiagnosengruppe
HPE = Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter
ICD-10 = International Classification of Diseases, 10. Revision
ICD-9 = International Classification of Diseases, 9. Revision
KA = Krankenanstalt
KJNP = Kinder- und Jugendneuropsychiatrie
KRAZAF = Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds
LDF-Gruppe = Leistungsorientierte Diagnose-Fallgruppe
LKF = Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LNK = Landesnervenklinik
LPPH = Landes Pflege- und Pensionistenheim
MEL = Medizinische Einzelleistung
NÖGUS = Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds
ÖBIG = Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGNP = Österreichische Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie
ÖKAP/GGP = Österreichischer Krankenanstalten und Großgeräteplan
ÖPB01 = Österreichischer Psychiatriebericht 2001
PSD = Psychosozialer Dienst
DG SANCO = Generaldirektion der EU für Gesundheit und Konsumentenschutz
UbG = Unterbringungsgesetz
WHO = Weltgesundheitsorganisation
WPA = World Psychiatric Organisation (Weltverband für Psychiatrie)

Danksagungen

Ohne die Hilfe vieler fachkundiger Personen hätte dieser Bericht nicht erstellt werden können. Im Speziellen möchten wir danken Frau Dr. Anna Bucsics und Frau Jutta Schröder vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Frau Margot Haslinger von der IMS Health Marktforschung GmbH, Herrn Dr. Hubert Hartl und Herrn Werner Bohuslav vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Herrn Prof. August Österle von der Wirtschaftsuniversität Wien sowie Frau Oberin Edith Hansel und Herrn Mag. Dr. Martin Reich vom Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien. Dr. Günther Klug danken wir sehr herzlich für die kritische Durchsicht des Manuskriptes.

H. Katschnig, P. Denk, M. Scherer

Wien, im Juli 2004