



NÖ GESUNDHEITS- UND SOZIALFONDS

pro mente | oö

AutorInnen

Werner Schöny

Gernot Koren

Sonja Unteregger

Dominik Gruber

Nina Woisetschläger

Martin Weichbold

NÖ Psychiatrieplan Evaluation 2014

Evaluation der sozialpsychiatrischen/psychosozialen Versorgung in Niederösterreich

Projektleitung NÖGUS

Andreas Schneider

Barbara Preining

Im Auftrag des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds

IMPRESSUM

HERAUSGEBER UND MEDIENINHABER

NÖ Gesundheits- und Sozialfonds
Stattersdorfer Hauptstraße 6/C, 3100 St. Pölten
www.noegus.at

AUTORINNEN:

Werner Schöny *
Gernot Koren *
Sonja Unteregger *
Dominik Gruber *
Nina Woisetschläger *
Martin Weichbold **

* pro mente OÖ ** Universität Salzburg

PROJEKTLEITUNG NÖGUS:

Andreas Schneider
Barbara Preining

Linz, Juni 2014, aktualisiert November 2015
Im Auftrag des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds

Gestaltung und Layout: Werbeagentur Schürz & Lavicka, www.sul.at; Satz & Grafik: Raimund Schöftner,
Fotos: iStockphoto;
Druck: Ueberreuter Print GmbH, 2100 Korneuburg © Jänner 2016

Die Inhalte dieses Druckwerkes wurden von den Autoren/Urhebern sorgfältig und nach dem Stand der Wissenschaft recherchiert und formuliert. Der Herausgeber übernimmt aber ebenso wie die Autoren/Urheber keinerlei Haftung für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte des Druckwerkes. Eine Haftung für Schäden jeglicher Art, die im Zusammenhang mit der Verwendung, Benutzung, insbesondere den Inhalten des vorliegenden Druckwerkes behauptet werden, wird ausdrücklich ausgeschlossen.

Vorwort

Gesundheit ist unser wertvollstes Gut. Gesund zu sein bedeutet nicht nur, keine körperlichen Beschwerden zu haben. Gesundheit schließt auch das seelische Gleichgewicht mit ein. Laut Weltgesundheitsorganisation ist jeder vierte Mensch im Laufe seines Lebens von einer psychischen Erkrankung betroffen. Deshalb ist einerseits die Förderung der mentalen Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil unserer Gesundheitsvorsorgeprogramme. Andererseits ist Niederösterreich Vorreiter in der Behandlung und Versorgung psychisch beeinträchtigter Menschen.

Die dezentrale Versorgungsstruktur sowie die interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit über Institutionen und Berufsgruppen hinweg sind maßgebend für die qualitativ hochwertige, flächendeckende und wohnortnahe psychosoziale Versorgung der Niederösterreicherinnen und Niederösterreicher. Dieses engmaschige Netz aus psychiatrischen Abteilungen in unseren Landeskliniken, Landespflegeheimen, psychosozialen Diensten sowie Angeboten im Bereich des betreuten Wohnens bietet Unterstützung und Hilfestellung sowohl für Betroffene als auch für deren Bezugspersonen. Im Mittelpunkt stehen die größtmögliche Teilhabe an der Gesellschaft, Selbstständigkeit und Lebensqualität. Es ist uns ein besonderes Anliegen, dass psychisch erkrankte Menschen ihren Platz zum Leben und Arbeiten mitten unter uns finden. Gleichzeitig setzen wir uns für die Entstigmatisierung psychisch Erkrankter ein.

Der vorliegende Bericht gibt einen Überblick über die sozialpsychiatrische und psychosoziale Versorgung in Niederösterreich. Die umfassende Evaluation der Versorgungslandschaft ist ein wichtiger Bestandteil der Qualitätssicherung und -steigerung in diesem Bereich. Auf Basis der Ergebnisse und Empfehlungen werden wir die vorhandenen Angebote weiterentwickeln und ausbauen. Damit schaffen wir die optimalen Rahmenbedingungen, um unseren Patientinnen und Patienten die bestmögliche medizinische Versorgung anzubieten.

Wir bedanken uns an dieser Stelle bei allen mitwirkenden Personen und Institutionen sowie bei allen im psychosozialen/sozialpsychiatrischen Bereich tätigen Menschen, die an der Gestaltung der Modellregion Niederösterreich mitarbeiten. Ihre tagtägliche Arbeit und ihr Engagement sind ausschlaggebend für das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Menschen in unserem Land.



Dr. Erwin Pröll

Dr. Erwin Pröll
Landeshauptmann



Mag. Wolfgang Sobotka

Mag. Wolfgang Sobotka
Landeshauptmann-Stellvertreter

Einleitung

Psychische Erkrankungen oder Beeinträchtigungen stellen ein zentrales Element der Gesundheit dar. Laut einer Studie der WHO (2001) leidet weltweit jeder vierte Mensch im Laufe des Lebens an einer psychischen Erkrankung. Aus gesundheits- und sozialpolitischer Sicht haben daher die Prävention psychischer Erkrankungen und die Behandlung und Versorgung psychisch beeinträchtigter Menschen einen sehr hohen Stellenwert.

Bei der hier vorliegenden »Psychiatrieplan Evaluation 2014 – Evaluation der psychiatrischen Versorgung in Niederösterreich« wurde zunächst der derzeitige Stand der sozialpsychiatrischen/psychosozialen Versorgung Niederösterreichs erhoben und analysiert. Grundsätzlich wurde dabei das Jahr 2012 als Datengrundlage herangezogen. Aufgrund aktueller Entwicklungen im Bereich der sozialpsychiatrischen/psychosozialen Planung wurden in einigen Bereichen jedoch zusätzlich Daten aus dem Jahr 2014 und 2015 verwendet. Für einige Sektoren konnten keine eigenen Daten erhoben werden. Daher musste zum Teil auf bestehende Studien älteren Datums zurückgegriffen werden. Die gesammelten statistischen Daten wurden analysiert und mit den Daten und den Empfehlungen für die Versorgung aus dem Psychiatrieplan von 2003 (Katschnig et al.) verglichen. Der RSG 2015 wurde berücksichtigt, wobei zum Psychiatrieplan 1995/Evaluation 2003 teilweise deutliche (historisch bedingte) Differenzen vorliegen. Weiters wurden anhand von Literaturrecherchen die verschiedenen sozialpsychiatrischen/psychosozialen Themen und Inhalte in verschiedenen Bearbeitungstiefen analysiert und dargestellt. In einer vom Auftraggeber organisierten Klausur im April 2014 erfolgte die Validierung dieser Ergebnisse durch die relevanten Stakeholder. Darüber hinaus wurden in dieser Klausur die Einschätzungen der ExpertInnen in intensiven Arbeits- und Diskussionsgruppen erhoben. Parallel dazu erfolgte eine weitere Auswertung einschlägiger Erkenntnisse aus der Klausur als weitere Grundlage für Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Versorgung. In einem letzten Schritt wurden die so entwickelten vorläufigen Empfehlungen den ExpertInnen zur Stellungnahme überlassen. Die zurückgemeldeten Anmerkungen wurden dann in die Endfassung der Empfehlungen eingearbeitet.

Dankesworte

Eine breite Einbindung und Involvierung der SystempartnerInnen in den Prozess der Psychiatrieplanevaluierung hatte zu jedem Zeitpunkt hohe Priorität, um eine gemeinsame Sichtweise auf die aktuelle Situation und in weiterer Folge auf die kommenden Herausforderungen zu erhalten und zu schaffen.

Wir, das Evaluationsteam, möchten uns bei allen Personen, die an der Psychiatrieplanevaluierung mitgewirkt haben, für ihre engagierte und fachkundige Mitarbeit herzlich bedanken.

Inhalt

Vorwort	3
Einleitung	5
Dankesworte	5
Inhalt	6
Zusammenfassung	10
21 Empfehlungen	12
1. Psychische Beeinträchtigungen und Menschenrechte, Integration und Inklusion	19
1.1. Einleitung – Psychische Beeinträchtigungen, Salutogenese und Resilienz	19
1.2. Inklusion/Exklusion und Integration	20
1.3. Gesetzliche Rahmenbedingungen	22
1.4. Das Konzept der integrierten Versorgung	23
1.5. Dialog und Tetralog	27
1.6. PatientInnenbeteiligung	28
2. Evaluation des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995	31
2.1. Teil A: Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen	32
2.2. Teil B: Die regionale psychiatrische Grundversorgung	33
2.3. Teil C: Die überregionale Spezialversorgung	34
2.4. Teil D: Umsetzungsstrategien	34
3. Bericht des Landesrechnungshofs 16/2012	39
4. Sozialstruktur der niederösterreichischen Bevölkerung	43
5. Angebot und Nutzung psychiatrischer Versorgung in Niederösterreich	47
5.1. Psychiatrisch-medizinischer Bereich	48
5.1.1. Psychiatrische Abteilungen der Landeskliniken	48
5.1.2. Niedergelassener Bereich	53
5.1.3. Eine Analyse der verordneten Medikamente	58
5.2. Sozialpsychiatrische Leistungen	60
5.2.1. Psychosoziale Betreuungszentren und Betreuungsstationen	60
5.2.2. Psychosozialer Dienst und komplementäre Einrichtungen	63
5.2.3. Betroffenen- und Angehörigenarbeit	74
5.3. Darstellung derzeitiger Versorgungspfade	77
6. Exkurse	79
6.1. Exkurs: Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung	79
6.2. Exkurs: Suchthilfe in Niederösterreich	80
6.3. Exkurs: Heavy User	82
7. Finanzierung der psychiatrischen Versorgung	85
7.1. Finanzierung im Gesundheitssystem	85
7.2. Finanzierung im Sozialsystem	87
8. Exkurs: Methodische Überlegungen	89
8.1. Fallzählerhebung	89
8.2. Ökonomische Analyse der sozialpsychiatrischen/psychosozialen Versorgung in NÖ – methodische Überlegungen	91
8.3. Planung und Bedarf	93
Exkurs: Methodische Bemerkungen zu Bedarfsschätzungen	94
8.3.1. Bereich »Mobile Betreuung«	95
8.3.2. Bereich Wohnen	96
8.3.3. Bereich Tagesstruktur und Arbeit	97
9. Optimierung der Versorgung	99
9.1. Qualität	99
9.2. Indikatoren zur Identifikation von Nahtstellenproblemen	104
9.3. Vernetzung	105
9.4. Dokumentation	107
Literatur	111
Anhang	119

Tabellen

Tabelle 1: Bettenanzahl Psychiatrie pro Versorgungsregion in NÖ	10
Tabelle 2: Entwicklungsphasen im Betreuungs-/Hilfe-/Unterstützungssystem	21
Tabelle 3: Sozialstruktur der fünf Gesundheitsversorgungsregionen	45
Tabelle 4: Bettenstand SOLL 2003, IST 2012 und Landeskliniken mit psychiatrischen Abteilungen exklusive stationärer Psychotherapie	49
Tabelle 5: Kinder- und Jugendpsychiatrie an den Landeskliniken, Bettenstand und BMZ	50
Tabelle 6: Aufenthalte mit psychiatrischen Diagnosen (ICD F00-F79) je Klinikstandort und Versorgungsregion	51
Tabelle 7: Zahlen der Aufenthalte in den LKNOE nach psychiatrischen Diagnosen (ICD F00-F79)	52
Tabelle 8: Wiederaufnahmen stationär/teilstationär LKNOE (ohne Forensik, ABH und stationäre Psychotherapie)	52
Tabelle 9: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den LKNOE nach Diagnosegruppen	53
Tabelle 10: VertragsärztInnen IST und SOLL 2003, IST und SOLL 2015	54
Tabelle 11: WahlärztInnen 2014	55
Tabelle 12: AllgemeinmedizinerInnen mit und ohne Vertrag, mit und ohne PSY Diplom und ÄAVE	55
Tabelle 13: Kosten und Anzahl der Verordnungen von Psychopharmaka	58
Tabelle 14: Anzahl der Verschreibungen nach Medikamentengruppe	59
Tabelle 15: Altersverteilung bei Psychopharmakaverordnungen	59
Tabelle 16: Psychosoziale Betreuungszentren: Bettenanzahl (2003 und 2012) und Auslastung	60
Tabelle 17: Betreuungsstationen: Bettenanzahl (2003 und 2012) und Auslastung	61
Tabelle 18: ICD-10 Klassifizierung der BewohnerInnen von Betreuungsstationen und -zentren	62
Tabelle 19: Aufenthaltsdauer der BewohnerInnen von Betreuungsstationen und -zentren	62
Tabelle 20: Personalstruktur in Vollzeitäquivalenten je BewohnerIn in Betreuungsstationen und -zentren	63
Tabelle 21: Angebot PSZ GmbH und Caritas St. Pölten nach Versorgungsregionen	64
Tabelle 22: Tagesstrukturierung/Tagesstätte Emmaus, PSZ GmbH und Caritas	65
Tabelle 23: Wohneinrichtungen PSZ GmbH und Caritas St. Pölten	65
Tabelle 24: Wohneinrichtungen aller Betreuungsstufen anderer Anbieter	65
Tabelle 25: Beratung und Betreuung PSZ GmbH und Caritas St. Pölten	68
Tabelle 26: Anzahl Plätze vollbetreutes Wohnen in PSBZ, BST, privaten Pflegezentren	69
Tabelle 27: Wohneinrichtungen PSZ GmbH und Caritas St. Pölten	69
Tabelle 28: Wohneinrichtungen aller Betreuungsstufen anderer Anbieter	70
Tabelle 29: Wohninrichtungen IST und SOLL 2003, IST und SOLL 2012	70
Tabelle 30: Tagesstrukturierung PSZ GmbH und Caritas St. Pölten	72
Tabelle 31: Tagesstrukturierung/Tagesstätte Emmaus, PSZ GmbH und Caritas St. Pölten	72
Tabelle 32: Berufliche Eingliederungshilfen PSZ GmbH und Caritas St. Pölten	73
Tabelle 33: Berufliche Eingliederungshilfen IST 2003 und IST 2012	73
Tabelle 34: Stationäre Entzugseinrichtungen und stationäre Opioid-Substitution	81
Tabelle 35: Stationäre Entwöhnungseinrichtungen	81
Tabelle 36: Kosten der psychiatrischen Versorgung in den LKNÖ 2012	86
Tabelle 37: Kenndaten über psychisch erkrankte Menschen in Niederösterreich	86
Tabelle 38: Inanspruchnahme und Kosten für Psychotherapie, Neurologie und Psychiatrie 2009	86
Tabelle 39: Kosten für die psychiatrischen Versorgungsstrukturen im NÖ Sozialsystem 2010	87
Tabelle 40: 12-Monatsprävalenz psychischer Störungen (Auswahl)	90
Tabelle 41: Schätzung Anzahl der Betroffenen (Niederösterreich gesamt)	90
Tabelle 42: Bevölkerung NÖ	95
Tabelle 43: Bandbreiten Mobile Betreuung Fachkräfte	96
Tabelle 44: Bandbreiten Plätze Wohnen	96
Tabelle 45: Bandbreiten Plätze Arbeit	97
Tabelle 46: Rahmenrichtlinien Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	101
Tabelle 47: Inhalte des Assessmentbogens PSD	109
Tabelle 48: Dokumentationssystem in Vorarlberg	110
Tabelle 49: Überblick über die Vorteile von Peer-Support	125
Tabelle 50: Schweregrad der Demenz	129
Tabelle 51: Sozialstruktur der Bezirke Niederösterreichs nach Gesundheitsversorgungsregionen	131
Tabelle 52: Wiederaufnahmezahlen 2012 in den LKNOE	132
Tabelle 53: Personalausstattung der Landeskliniken mit einer Abteilung für Erwachsenenpsychiatrie und stationäre Psychotherapie 2014	133
Tabelle 54: Aufenthalte mit psychiatrischer Hauptdiagnose	134
Tabelle 55: Aufenthalte mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose F00-F79 (d.h. exklusive kinderpsychiatrischer Hauptdiagnosen)	135
Tabelle 56: Aufenthalte mit einer kinderpsychiatrischen Hauptdiagnose F80-F99	136
Tabelle 57: Aufenthalte ohne Forensik, ABH, stationäre Psychotherapie, nur von psychiatrischen Abteilungen entlassen ohne Tagesklinik	136
Tabelle 58: Aufenthalte nur von psychiatrischen Abteilungen entlassen, ohne Forensik, ABH, stationäre Psychotherapie inklusive Tagesklinik	137
Tabelle 59: Aufenthalte von nichtpsychiatrischen Abteilungen entlassen	137

Tabelle 60: Aufenthalte nur Forensik	138
Tabelle 61: Aufenthalte nur stationäre Psychotherapie	138
Tabelle 62: Aufenthalte nur tagesklinische Psychotherapie	138
Tabelle 63: Aufenthalte nur Abhängigkeitserkrankungen	138
Tabelle 64: Aufenthalte Eggenburg	138
Tabelle 65: Altersverteilung der PatientInnen in den LKNOE je Versorgungsregion 2012	139
Tabelle 66: Geschlechterverteilung der PatientInnen in den LKNOE je Versorgungsregion 2012	139
Tabelle 67: Altersverteilung der BewohnerInnen von Betreuungsstationen und -zentren	139
Tabelle 68: VZÄ PSZ GmbH und Caritas St. Pölten gesamt	140

Abbildungen

Abbildung 1: Versorgungsangebote auf Bezirks-, regionaler und überregionaler Ebene	32
Abbildung 2: Fünf Versorgungsregionen in Niederösterreich inkl. Klinikstandorte	44
Abbildung 3: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung	79
Abbildung 4: TeilnehmerInnen Klausur zur Evaluierung des NÖ Psychiatrieplans	119
Abbildung 5: Verläufe unipolarer depressiver Störungen	128

Abkürzungsverzeichnis

A-CQI	Austrian Cross Sectoral Quality Indicators
A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
ÄAVE	Ärztliche ambulante Versorgungseinheit
ABH	Abhängigkeitserkrankungen
Abs./Abs	Absatz
Abw.	Abweichung
ACT	Assertive Community Treatment
A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
AMS	Arbeitsmarktservice
Art./Art	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ATZ	Arbeitstrainingszentrum
BBO	Beschäftigung und Berufsorientierung
Bew.	BewohnerInnen
BGBL.	Bundesgesetzblatt
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMZ	Bettenmessziffer
BST	Betreuungsstation
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
CANSAS	Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule
CMHT	community mental health teams
d. B.	der Beilagen
d. h./dh	das heißt
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DIN	Deutsche Industrienorm
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
ev.	eventuell
Einw./EW	EinwohnerInnen
f./f	folgende
ff./ff	fortfolgende
GP	Gesetzgebungsperiode
GS5	Amt der NÖ Landesregierung, Abteilung Soziales
GS7	Amt der NÖ Landesregierung, Abteilung Landeskrankenanstalten und Landesheime
FA	Fachärztin, Facharzt
ha	Hektar
HPE	Verein Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter
HSSG	Verein Hilfe zur Selbsthilfe für seelische Gesundheit

ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
ICM	Intensive Case Management
idF	in der Fassung
IQ	Intelligenzquotient
ISO	International Standardization of Organisation
jew.	jeweilige/r/s
KIPKE	Kinder psychisch kranker Eltern
KJPP	Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Klausur 2014	Klausur Psychiatric Evaluation/Evaluation der psychiatrischen Versorgung in NÖ (vom 23. und 24.04.2014)
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKNOE	Landeskliniken Niederösterreich
LNK	Landesnervenklinik
LPH	Landespflegeheim
LRH	Landesrechnungshof
m.	männlich
NAP	Nationaler Aktionsplan Behinderung
NÖ SHG	Niederösterreichisches Sozialhilfegesetz
NÖBIS	Niederösterreichisches Befundinformationssystem
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
NÖGPV	NÖ Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung
NÖGUS	Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds
NÖP 95	Niederösterreichischer Psychiatrieplan 1995
Nr.	Nummer
ÖAR	Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
o. ä.	oder ähnliches
PSBZ	Psychosoziales Betreuungszentrum
PSD	Psychosozialer Dienst/Psychosoziale Dienste
PSGZ	Psychosoziales Gesundheitszentrum
PSY-Diplom	Weiterbildungskurse der österreichischen Ärztekammer für ÄrztInnen
PWG	Pflegewohngemeinschaft
QoL	Quality of life
RPV	Regionaler Psychiatrischer Verbund
RSG NÖ	Regionaler Strukturplan Gesundheit NÖ
RZSG	Regionales Zentrum für seelische Gesundheit
sog.	sogenannte/r
STA	Sozialtherapeutische Abteilung
SV	Sozialversicherung
TK	Tagesklinik
UbG	Unterbringungsgesetz (BGBl. 155/1990 idgF)
v. a.	vor allem
VAP	Verein für ambulante Psychotherapie
VfGH	Verfassungsgerichtshof
VZÄ	Vollzeitäquivalent
w.	weiblich
Z	Ziffer
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil

Zusammenfassung

Die vorliegende »Psychiatrieplan Evaluation 2014 – Evaluation der psychiatrischen Versorgung in Niederösterreich« beginnt mit einer Darstellung der normativen Rahmenbedingungen wie der »UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung« und geltenden gesetzlichen Bestimmungen für Niederösterreich sowie den für das Evaluationsteam bindenden Grundsätzen: des Konzepts der integrierten Versorgung, dem Prinzip des Tetralogs und der PatientInnenbeteiligung.

Wesentliche Empfehlungen, wie Vorschläge zur Planung, Steuerung, Koordination, Personalentwicklung und Finanzierung, werden in diesem Bericht aufgegriffen. Weiters ist der Landesrechnungshofbericht 16/2012 in seinen wesentlichen Aussagen und Ergebnissen dargestellt.

Im Hauptteil der Evaluierung wird der Stand der Versorgung für das Jahr 2012 erhoben. Dabei werden die angebotenen Leistungen und deren Inanspruchnahme in psychiatrisch-medizinische und sozial-psychiatrische/psychosoziale Leistungen unterteilt, was auch die Finanzierung über das Gesundheits- beziehungsweise Sozialsystem widerspiegelt. In den Bereich der psychiatrisch-medizinischen Leistungen fallen dabei die Kliniken, (Fach-) ÄrztInnen sowie PsychotherapeutInnen und PsychologInnen.

- Das stationäre Angebot hat sich an die im RSG 2015 bis 31.12.2018 vorgegebenen Ziele angenähert, sie aber noch nicht zur Gänze erreicht.

Versorgungsregion (VR)	IST 2014	PLANBETTEN bis 2018 (RSG 2015)	Abweichung
VR 31 NÖ Mitte	99	170	-71
VR 32 Waldviertel	55	60	-5
VR 33 Weinviertel	71	105	-34
VR 34 Thermenregion	134	175	-41
VR 35 Mostviertel	296	220	+76

Tabelle 1: Bettenanzahl Psychiatrie pro Versorgungsregion in NÖ

- Für den niedergelassenen Bereich liegen Zahlen für 2014 vor. Es gibt insgesamt 34,5 Planstellen für Neurologie, Psychiatrie, Psychiatrie/Neurologie und Neurologie/Psychiatrie, womit der RSG für diesen Bereich erfüllt ist. Die Planungsvorgaben des RSG für den niedergelassenen Bereich sehen vor, dass 8,6 Vollzeitäquivalente aufgebaut werden. Die Umsetzung durch die NÖGKK seit 2007 lässt sich folgendermaßen zusammenfassen:
 - 2,5 Planstellen (1,5 Einzelordinationen + 1 Gruppenpraxis) neu geschaffen
 - 4 Planstellen für Einzelordinationen in 4 Planstellen für Gruppenpraxen umgewandelt (3 Gruppenpraxen für Neurologie und Psychiatrie, 1 Jobsharingpraxis)
 - 0,5 Planstelle im Sinne der optimalen Versorgungswirksamkeit verschoben
 - 1 Planstelle für Neurologie und Psychiatrie in 2 Planstellen (also je 1 für Neurologie und 1 für Psychiatrie) gesplittet
 - Zusätzlich ab dem Jahr 2016 in Kraft: 1 Planstelle für Neurologie und die Splittung 1 Planstelle für Neurologie und Psychiatrie in je 1 Planstelle für Neurologie und 1 Planstelle für Psychiatrie

Die Versorgung mit Vertrags-AllgemeinmedizinerInnen (774 Planstellen für Allgemeinmedizin) ist jedoch im versorgungsplanerischen Soll-Bereich¹.

- 12.800 niederösterreichische PatientInnen erhielten 2009 psychotherapeutische Leistungen und Leistungen aus der psychotherapeutischen Medizin durch die NÖGKK, 74.120 Psychotherapieeinheiten wurden durch Vereine erbracht und 73.300 Therapieeinheiten wurden zusätzlich im selben Jahr bezuschusst.

- 2012 hat sich die Anzahl der durch Vereine erbrachten Psychotherapieeinheiten auf 85.660 belaufen.² 2014 wurden 91.000 Stunden von den Vertragsvereinen erbracht und 84.000 Stunden bezuschusst. Bei der Klausur im April 2014 hielten die ExpertInnen fest, dass lange Wartezeiten im Bereich der Psychotherapie ein großes Problem darstellen. Dazu liegen jedoch noch keine gesicherten Erkenntnisse aus empirischen Untersuchungen vor. Für Krisen gibt es von der NÖGKK ein Notfallkontingent. Zur besseren Koordination der Versorgung wurde per 01.01.2013 die Clearingstelle für Psychotherapie in NÖ geschaffen.
- In psychosozialen Betreuungszentren gab es im Jahr 2012 330 Plätze, in Betreuungsstationen 310, wobei in diesem Jahr jeweils eine Auslastung von 100 % erreicht wurde. Zusätzlich bestehen 99 Plätze in privaten Pflegeheimen. Das entspricht insgesamt 739 (748 mit den 9 Plätzen im Pflegeheim Wallsee).
- Im Rahmen des Psychosozialen Dienstes (PSD) wurden von der PSZ GmbH und der Caritas St. Pölten 2012 gesamt knapp 7.000 KlientInnen mit den Leistungen psychosoziale Beratung, Betreuung und Behandlung, Verbindungsdienste mit der stationären Psychiatrie, Assessments und Vermittlung, (Intensive-) Case Management (ICM) und Angehörigenarbeit versorgt. Zusätzlich wurden etwa 360 Kinder und Jugendliche von Eltern mit psychischen Erkrankungen beraten. Gesamt standen dazu MitarbeiterInnen im Ausmaß von 107,24 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) zur Verfügung. Katschnig et al. (2003) empfahlen ein Kontingent von 260 VZÄ-Stunden, damit sind gut 40 % des empfohlenen Ausmaßes erreicht.
- Im Bereich Wohnen standen gesamt 1.094 Plätze in verschiedenen Wohnformen (voll-, teil- und punktbetreut) zur Verfügung. Diese Anzahl liegt innerhalb der von Katschnig et al. (2003) referierten Soll-Spanne von 807-1.130 Plätzen.
- In Rehawerkstätten, Arbeitstrainingszentren, Arbeitsassistentz und Job-Coachings wurden 1.183 KlientInnen durch 49,74 VZÄ MitarbeiterInnen betreut.
- 2012 erhielten 153.980 NiederösterreicherInnen Psychopharmaka, die über die NÖGKK abgerechnet wurden. Um eine valide Aussage zur Verordnungsqualität treffen zu können, bedarf es einer eigenständigen Erhebung mit separatem Forschungsansatz, da die vorhandene Datenlage nicht ausreicht.
- 14.890 NiederösterreicherInnen, die bei der NÖGKK versichert sind, waren aufgrund einer psychiatrischen Diagnose arbeitsunfähig, wobei die Arbeitsunfähigkeit durchschnittlich 50 Tage dauerte.

Anhaltspunkte zur zukünftigen Bedarfsplanung konnten in der vorliegenden Evaluation über eine Fallzahlenerhebung aus einschlägiger Literatur, die vorhandenen Daten aus Niederösterreich, einer Analyse der verordneten Medikamente, der Bevölkerungsprognose 2020 für Niederösterreich, Empfehlungen des ÖBIG und Vergleiche mit dem NÖ Psychiatrieplan 1995 generiert werden.

Darüber hinaus enthält dieser Bericht unter anderem Anhaltspunkte und Empfehlungen aus fach einschlägiger Literatur und den Aussagen der ExpertInnen zu folgenden Bereichen:

- Qualität und Entwicklung von einheitlichen Qualitätsindikatoren
- Verbesserung der Vernetzung aller Beteiligten (Tetralog)
- Indikatoren zur Identifikation von Nahtstellenproblemen
- Sektorenübergreifende und einheitliche Dokumentation

² Daten für Kostenzuschüsse und Sachleistungen (für 2009 und 2012) durch die SV konnten aus einer 2012 veröffentlichten Studie des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger und einer Präsentation des »Festtags der Psychotherapie« (2014) der NÖGKK generiert werden.

21 Empfehlungen

Die nachfolgenden Empfehlungen begründen sich zum einen auf der Analyse des IST-Standes der Versorgung in Niederösterreich in Abgleich mit den Empfehlungen aus der Evaluation durch Katschnig et al. aus 2003, einschlägiger Literatur und Vergleichen mit anderen Regionen. Zum anderen wurden Aussagen und Ergebnisse der Gruppenarbeiten der Klausur im April 2014 herangezogen. Eine Abstimmung mit den beteiligten ExpertInnen im Sinne des tetralogischen Prinzips wurde durchgeführt.

1. Schaffung eines Chancen(gleichheits)gesetzes und die Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen mit Behinderung auf Landesebene im Sinne der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung
2. Umsetzung des Rechts auf Wohnen
3. Umsetzung des Rechts auf Arbeit
4. Tetralogische Generierung von Ergebnissen
5. Durchführung regelmäßiger Treffen und Verbesserung der Nahtstellen
6. Verstärkung der gemeindenahen Versorgung – Primärversorgung
7. Ausbau Psychotherapie und Betreuungsplätze PSD
8. Verstärkter Bedarf in Schwechat und Traiskirchen
9. Etablierung einer Planungs- und Koordinationsstelle
10. Berücksichtigung von Menschen mit Intelligenzminderung im stationären Bereich
11. Auf-/Ausbau von tagesstrukturierenden Maßnahmen für Demenzerkrankte
12. Reha »Besonderheiten«/»Psychiatrie light«/Parallelstruktur
13. (Weiter-)Entwicklung von Betreuungsstationen und Psychosozialen Betreuungszentren
14. Ausbau Krisenhilfe und Krisenintervention bzw. Erstintervention im Anlassfall
15. Verankerung des Rechts auf Teilhabe – verschiedene Arten sozialer Sicherung
16. Diskriminierungsvermeidung/Antistigmaarbeit und Bewusstseinsbildung
17. Peerthematiken
18. Schaffung sektorenübergreifender Qualitätsindikatoren
19. Einführung einer sektorenübergreifenden Dokumentation und gemeinsamen Datenlage (niedergelassener Bereich)
20. Beschränkung administrativer Arbeit auf das Notwendige
21. Erstellung eines übergreifenden Aus- und Weiterbildungskonzepts

12

1. SCHAFFUNG EINES CHANCEN(GLEICHHEITS)GESETZES UND DIE WEITERENTWICKLUNG DER VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNG AUF LANDESEBENE IM SINNE DER UN-KONVENTION ÜBER DIE RECHTE VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNG

Bei der Formulierung einer Gesetzesvorlage sollen die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, die EU-Grundrechtecharta (v.a. Art. 26) und Umsetzungsempfehlungen, wie im Nationalen Aktionsplan Behinderung, basierend u.a. auf dem Staatenbericht Österreichs sowie den Handlungsempfehlungen, basierend auf der Staatenprüfung durch das Komitee für die Rechte von Menschen mit Behinderungen des UN-Behindertenrechtsausschusses in Genf, mitbedacht werden. Dadurch wird die Grundlage für die sowohl qualitative als auch quantitative systematische (Weiter-)Entwicklung der Dienstleistungen geschaffen. Mit einem Umsetzungsplan sollen in einem partizipativen Prozess mit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen neue Angebote für ebendiese Menschen entwickelt werden. Damit besteht die Chance, auch jene Menschen zu erreichen, die momentan un(ter)-versorgt sind, da bestehende Angebote nicht passen. Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen besondere Bedürfnisse haben, die sich teilweise von jenen mit körperlichen bzw. geistigen Beeinträchtigungen unterscheiden. Eine rechtliche Grundlage ist die Basis für Gleichberechtigung, Selbstbestimmung und echte Teilhabe.

2. UMSETZUNG DES RECHTS AUF WOHNEN

Es müssen gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, um Menschen mit psychischen Erkrankungen im gemeinnützigen Wohnbau zu inkludieren. Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen müssen im gemeinnützigen Wohnbau mitgedacht werden. Das Wohnumfeld muss so geplant werden, dass deren »Andersartigkeit« möglich ist – weil es normal ist, verschieden zu sein. Die Umsetzung ambulanter Versorgungskonzepte scheitert oft an unfinanzierbarem Wohnraum. Selbstbestimmtes Wohnen muss leistbar sein. Dabei dürfen aber auf wohnortnahe, gemeinwesenorientierte Unterstützungsleistungen nicht vergessen werden. Für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen, für die eigenständiges Wohnen nicht möglich ist, muss darüber hinaus weiterhin die Möglichkeit des Lebens in voll- oder teilbetreuten Wohnformen bestehen. In Assessments soll die für die KlientIn optimale Wohnform abgeklärt werden.

3. UMSETZUNG DES RECHTS AUF ARBEIT

Es müssen gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, um Menschen mit psychischen Erkrankungen am ersten Arbeitsmarkt zu inkludieren. Dabei ist darauf zu achten, dass das Arbeits- und Sozialsystem sehr komplex ist und Änderungen (auch Verbesserungen) an einem Baustein massive Verschlechterungen für Betroffene in einem anderen Bereich nach sich ziehen können. Arbeitsplätze am ersten Arbeitsmarkt müssen gefördert werden. Dazu ist eine verstärkte Unterstützungsleistung, sowohl für die ArbeitnehmerInnen als auch die ArbeitgeberInnen notwendig. Der Betrieb soll wissen, da ist jemand, an den man sich wenden kann, wenn es Fragen gibt.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen müssen dahingehend verändert werden, dass es einen Teilzeitkrankenstand, eine Teilpension, Zuverdienstmöglichkeiten und flexible, den Möglichkeiten von Menschen mit Beeinträchtigungen angepasste, integrierte, flexible Arbeitsmodelle gibt. Dazu gehören neben »inkluisiven« Formen auch »geschützte« und trotzdem sozialversicherte Formen außerhalb des ersten Arbeitsmarktes (»erweiterter Arbeitsmarkt«). Im Sinne des Rechts jedes Menschen auf Arbeit muss es gesellschaftlich anerkannte Möglichkeiten sinnstiftender Tätigkeit innerhalb der Gesellschaft geben, die (noch) nicht das Ziel der Integration in den ersten Arbeitsmarkt haben.

4. TETRALOGISCHE GENERIERUNG VON ERGEBNISSEN

Bei allen relevanten Entscheidungen müssen die Sichtweisen der Betroffenen als »SelbstvertreterInnen« bzw. »ExpertInnen in eigener Sache«, der Angehörigen, der Politik, der Verwaltung und der Trägerorganisationen berücksichtigt werden, da nur auf diese Weise sichergestellt werden kann, dass die Entscheidungen von allen mitgetragen werden. Darüber hinaus führt diese Vorgehensweise zu einer besseren Ausrichtung des Angebots nach den Bedarfen. VertreterInnen der Angehörigen und Betroffenen sollen damit bereits in die Planung und Entwicklung miteinbezogen werden und nicht erst in der Entscheidungsphase.

Gegenseitige Information und Austausch sind dafür wesentliche Voraussetzungen. Daher nehmen diese Personengruppen (bzw. Vertretungen) selbstverständlich an den regelmäßigen Treffen teil. Um allen Beteiligten die Teilnahme an solchen Treffen zu ermöglichen, müssen die finanziellen Ressourcen dafür zur Verfügung gestellt werden.

5. DURCHFÜHRUNG REGELMÄSSIGER TREFFEN UND VERBESSERUNG DER NAHTSTELLEN

Zur besseren Vernetzung sind Distanzminderung zwischen den unterschiedlichen AkteurInnen, offensive Informationspolitik, gemeinsame Philosophie, Zielausrichtung und Zielbilder, die Bereitschaft zur Kooperation, der Aufbau von Vertrauen und die Bereitschaft, Informationen zu teilen nötig. Eine gute regionale und überregionale partizipative Abstimmung garantiert bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung und verhindert z. B. Mehrgleisigkeiten und Versorgungslücken. Darüber hinaus wird durch die Vernetzung die Arbeit an der Basis erleichtert und die Verbesserung der Nahtstellen ermöglicht eine bessere Allokation der Ressourcen.

Neben der Verbesserung des Nahtstellenmanagements sind regelmäßige Treffen aller beteiligten Gruppen (inklusive der VertreterInnen der Betroffenen und Angehörigen) im Sinne des Tetralogs der richtige Weg, um ein stabiles, funktionsfähiges Versorgungsnetzwerk zu etablieren. Bei einem konstituierenden Treffen sollten die Aufgaben und Kompetenzen der Gruppen definiert werden.

6. VERSTÄRKUNG DER GEMEINDENAHEH VERSORGUNG – PRIMÄRVERSORGUNG

Der Ausbau der gemeindenahen Versorgung durch den PSD, durch Ambulatorien und Tageskliniken in den Landeskliniken ist voranzutreiben. Ein Ausbau zu kompetenten flexiblen Zentren, wo zunächst der Bedarf abgeklärt wird, ist dafür notwendig – nicht jede/r betroffene Mensch/PatientIn muss in eine Klinik, nicht jede/r braucht psychosoziale Betreuung. Dazu müssen Netzwerke geschaffen werden, in denen das Nahtstellenmanagement durchgeführt werden kann. Dabei ist auch die Vernetzung der Ambulanzen mit Spitälern wichtig, um eine Akutversorgung rund um die Uhr sicherzustellen. Terminambulanzen sind für eine Akutversorgung nicht geeignet.

Die derzeitigen Rahmenbedingungen (Vertrag und Ressourcen) des PSD lassen eine derartige Erweiterung als »Drehscheibe« für den gesamten außerstationären Bereich nicht zu. Praktische ÄrztInnen vermitteln kaum zum PSD. Ein/e entscheidende/r PartnerIn im Netzwerk – die/der AllgemeinmedizinerIn – spielt häufig nicht ausreichend mit. Hier muss Aufklärungsarbeit geleistet werden.

7. AUSBAU PSYCHOTHERAPIE UND BETREUUNGSPLÄTZE PSD

Menschen/PatientInnen mit psychischen Problemen, denen mit einer therapeutischen (und/oder medikamentösen) Intervention geholfen werden kann, wird mit der von der SV im Jänner 2013 eingerichteten Clearingstelle für Psychotherapie im Rahmen der Gesundheitsversorgung ein niederschwelliger Zugang zu Psychotherapie und/oder FachärztInnen bzw. AllgemeinmedizinerInnen mit PSY-Diplom ermöglicht. Allerdings sind die Kassenplätze teilweise limitiert. In der Klausur wurde festgehalten, dass es besonders für stark beeinträchtigte Menschen/PatientInnen oft schwer ist, einen für ihre Bedürfnisse zugeschnittenen und von der Sozialversicherung bezahlten Psychotherapieplatz zu erhalten. Auch hier wurde mit der von der SV errichteten Clearingstelle Abhilfe geleistet.

Darüber hinaus ist eine Verstärkung der Kapazitäten (Betreuungsplätze) im Rahmen des PSD anzustreben, um etwa multiprofessionelle Teams, die schwer Erkrankte nachgehend betreuen, sowie Psychotherapie im Rahmen der Leistungen des PSD zu etablieren. Eine entsprechende Ausbildung, besonders für die Behandlung psychisch schwer Erkrankter, ein integrierter Arbeitsansatz und Niederschwelligkeit sind dabei zentrale Anforderungen. Der von Katschnig et al. 2003 empfohlene Richtwert von 260 VZÄ-Stunden/50.000 EW (für alle Leistungen des PSD) wird derzeit nur etwa zur Hälfte erreicht.

Die Finanzierung therapeutischer Leistungen in den Ambulatorien/Beratungsstellen der PSDs sollte einer trägerorientierten Regelung zugeführt werden.

Eine lückenlose Erfassung der bestehenden Leistungen, der potentiellen Zielgruppen, als auch deren Bedarf und Bedürfnisse ist notwendig, um in Folge die passenden Kapazitäten festzulegen und um klare und verbindliche Leitlinien für Versorgungspfade für die Betroffenen sicherzustellen.

8. VERSTÄRKTER BEDARF IN SCHWECHAT UND TRAIKIRCHEN

Die psychiatrische Abteilung des Landesklinikums Baden ist zuständig für die psychiatrische Akutversorgung von Menschen/PatientInnen, die unter anderem aus dem Flüchtlingslager Traiskirchen bzw. vom Flughafen Schwechat kommen.³ Dabei handelt es sich meist um Menschen/PatientInnen, die besonderer Aufmerksamkeit im Sinne erhöhter Vulnerabilität (Suizidgefahr, Traumatisierung, Sprachbarrieren) und somit besonderer Sensibilität bedürfen. Die NÖGKK hat zur Versorgung von Asylwerbern bzw. Flüchtlingen in Traiskirchen bereits einen Vertrag mit der Diakonie über die Erbringung muttersprachlicher bzw. Dolmetsch unterstützter Psychotherapie abgeschlossen. Da insgesamt eine Zunahme der Flüchtlingszahlen in Traiskirchen zu beobachten ist, ist die Erhebung aktueller Daten und die Planung der akutpsychiatrischen Versorgung dieses Klientels anzustreben.

³ Straßmayr et al. weisen auf die besonderen Probleme und Barrieren für die psychiatrische Versorgung von illegal eingewanderten PatientInnen hin, so etwa auf die »complex needs beyond the capacity of mental health services« (Straßmayr et al. 2012, 4).

9. ETABLIERUNG EINER PLANUNGS- UND KOORDINATIONSSTELLE

Wie bereits in der Evaluation 2003 (Katschnig et al.) vorgeschlagen (dort als Psychiatrieplanungsagentur), ist eine Psychiatrieplanungs- und Psychiatriekoordinationsstelle mit einer/einem hauptberuflichen PsychiatriekoordinatorIn zu etablieren. Diese Koordinationsstelle muss von allen beteiligten Partnern getragen und mit Handlungsvollmachten versehen sein. Die/der PsychiatriekoordinatorIn soll auf Basis einer tetralogischen Empfehlung vorgeschlagen werden. Dafür ist eine konkrete Rollenbeschreibung bzw. ein konkretes Aufgabenprofil zu erarbeiten.

10. BERÜCKSICHTIGUNG VON MENSCHEN MIT INTELLIGENZMINDERUNG IM STATIONÄREN BETREUUNGSKONTEXT

Menschen/PatientInnen mit Intelligenzminderung bilden eine relativ kleine Gruppe im stationären Betreuungskontext. Dennoch ist es eine Gruppe mit speziellen Bedürfnissen, die eine große Herausforderung an das Betreuungspersonal stellt. Dabei ist die Unterscheidung des psychiatrischen und des pädagogischen Zugangs zu beachten. Um die Situation für alle Beteiligten nachhaltig zu verbessern, müssen Vorkehrungen getroffen werden. Es ist eine Evaluierung für diese Gruppe mit eventuell anschließender Initiierung eines Pilotprojektes anzustreben.

11. AUF-/AUSBAU VON TAGESSTRUKTURIERENDEN MASSNAHMEN FÜR DEMENZERKRANCKTE

Ein Ausbau von Tagesstätten für Personen mit Demenz ist zu empfehlen, da aufgrund der Bevölkerungsentwicklung der Bedarf in diesem Bereich zukünftig ansteigen wird. Damit kann erreicht werden, dass Menschen/PatientInnen erst später in einem Heim aufgenommen werden müssen, da sie tagsüber betreut und damit auch Angehörige entlastet werden. Ein zentraler Punkt ist dabei natürlich die Erreichbarkeit, die etwa auch über Fahrdienste sichergestellt werden könnte. Solche Tagesstätten können auch an bestehende Strukturen wie PSD oder Betreuungsstationen angeschlossen werden.

12. REHA »BESONDERHEITEN«/»PSYCHIATRIE LIGHT«/PARALLELSTRUKTUR

Psychiatrische Rehabilitation soll – sowohl im stationären wie auch im ambulanten Setting – in die Versorgungskette, entsprechend den jeweiligen Indikationen, eingeplant werden. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass damit nicht eine »Psychiatrie light« als Umgehung von allgemeinen psychiatrischen Strukturen geschaffen wird, die zu einer Zweiklassenpsychiatrie führen könnte, welche unbedingt zu vermeiden ist.

13. (WEITER-)ENTWICKLUNG VON BETREUUNGSSTATIONEN UND PSYCHOSOZIALEN BETREUUNGSZENTREN

Seit 2003 ist die Enthospitalisierung von LangzeitpatientInnen aus Gugging und Mauer vorangetrieben worden. Diese Entwicklung ist positiv und muss nun konsequent fortgesetzt werden. Die Bemühungen in Richtung mehr Selbstbestimmtheit, auch in Hinblick auf Artikel 19 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, müssen intensiviert werden. Es sollen Strukturen entstehen, respektive bestehende Strukturen genutzt oder verstärkt werden, um mehr Menschen (die das möchten und bei denen das auch möglich ist) außerhalb eines Heims im Sinne einer Sonderinstitution zu betreuen. Solche Strukturen müssen allerdings erprobt werden und sich bewähren, bevor der Abbau in Institutionen vonstattengeht, damit die Intensität und Qualität der Betreuung für chronisches/komplexes Klientel nicht darunter leidet.

14. AUSBAU KRISENHILFE UND KRISENINTERVENTION BZW. ERSTINTERVENTION IM ANLASSFALL

Mobile gemeindenaher Krisenintervention war in der Evaluation von 2003 (Katschnig et al.) eine zentrale Forderung. Allerdings müssen die Empfehlungen von 2003 auf ihre Umsetzbarkeit hin überprüft werden. Es bedarf einer Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit einer telefonischen Krisenintervention, einer niederschweligen Face-to-face-Krisenintervention und Krisenbegleitung, mobiler Einsätze (sowohl für psychiatrische Notfälle als auch Krisenintervention nach akuter Traumatisierung) und Krisenzimmer im Sinne des Grundsatzes »mobil vor stationär«. Auch wenn eine 100%ige Abdeckung nicht möglich sein wird, ist eine flächendeckende Versorgung soweit wie möglich mit sämtlichen Leistungen anzustreben. In die Planung und begleitende Evaluierung der Krisendienste sind VertreterInnen der Angehörigen und Betroffenen einzubeziehen.

15. VERANKERUNG DES RECHTS AUF TEILHABE – VERSCHIEDENE ARTEN SOZIALER SICHERUNG

Auf bestimmte Leistungen im Sozialbereich haben Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen keinen Rechtsanspruch. Das bringt Probleme in der Grundsicherung mit sich. Diese Menschen werden damit häufig in eine »Bittsteller-Rolle« gedrängt, die in Kombination mit Stigmatisierung und Selbststigmatisierung wesentliche Barrieren für die inklusive Teilhabe psychisch erkrankter Menschen darstellt. Hier müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, um wirkliche Inklusion und gleiche Rechte zu ermöglichen sowie eine Gleichstellung von Menschen mit körperlichen und psychischen Erkrankungen zu erreichen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein Rechtsanspruch immer eine Zugangsvoraussetzung definiert und so eventuell bestimmte Menschen von der Inanspruchnahme ausgenommen werden. Ein Rechtsanspruch auf Leistungen muss daher sehr sorgsam und differenziert erarbeitet werden. Die Verfügbarkeit niederschwelliger Leistungen muss dabei weiterhin gegeben sein.

16. DISKRIMINIERUNGSVERMEIDUNG/ANTISTIGMAARBEIT UND BEWUSSTSEINSBILDUNG

Für die Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung zur Entstigmatisierung sollen alle öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen genutzt werden und soll unter anderem auch mediale Unterstützung gefordert werden. Das »Bündnis gegen Depression« sowie das Projekt »KIPKE« (Beratung von Kindern mit psychisch kranken Eltern/Elternteilen) sind wertvolle Schritte in die richtige Richtung. Solche Initiativen müssen ausgebaut und gefördert werden. Darüber hinaus ist Bewusstseinsbildung zur Entstigmatisierung schon in der Pflichtschule von Nöten. Diese Aktivitäten und Initiativen müssen partizipativ (also unter Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen) geplant und umgesetzt werden.

17. PEERTHEMATIKEN

Aufgrund ihres Erfahrungshintergrundes können Peers in besonderer Weise lebensnahe, lösungsorientierte und nicht-stigmatisierende Unterstützung bieten. Studien zeigen, dass Peer-Support in der Versorgungswirksamkeit professionellen Angeboten um nichts nachstehen. Ausbildungen und Einbindungen im sozialpsychiatrischen Alltag von Peers (sowohl stationär – vgl. EX-IN – als auch außerstationär) gehören daher zu einer Selbstverständlichkeit. Das Thema und die Involvierung von »ExpertInnen aus Erfahrung« muss strukturell verankert werden. Darüber hinaus müssen Rahmenbedingungen für die Anstellung von Betroffenen geschaffen werden, wie etwa eine berufsrechtliche Anerkennung der EX-IN Ausbildung sowie die Schaffung von neuen Planstellen im Versorgungssegment.

18. SCHAFFUNG SEKTORENÜBERGREIFENDER QUALITÄTSINDIKATOREN

Gemeinsame Qualitätsindikatoren müssen in Hinblick auf die Anforderungen der Bedeutsamkeit, der Machbarkeit und der Handlungsrelevanz entwickelt werden. Sie können eine qualitative psychiatrische Versorgung unterstützen. Darüber hinaus sollten sie tetralogisch entwickelt werden und einander ergänzen. (Wobei auf die Abstimmung zwischen den Leistungen im stationären und außerstationären Bereich bzw. Gesundheits- und Sozialbereich vermehrtes Augenmerk gelegt werden soll und bereits angewendete Instrumente zu berücksichtigen sind, um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden.) Sie müssen quantitativ sowie qualitativ messbar sein. Die Ergebnisse der Messung (Qualitätskontrolle) sollen in tetralogischen Gruppen diskutiert werden. Hauptziel dieser sektorenübergreifenden Qualitätskontrolle ist die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und des sozialen Umfelds.

19. EINFÜHRUNG EINER SEKTORENÜBERGREIFENDEN DOKUMENTATION UND GEMEINSAMEN DATENLAGE (NIEDERGELASSENER BEREICH)

Eine sektorenübergreifende Dokumentation ist notwendig, um eine gemeinsame Datenlage zu schaffen. Vor allem Daten aus dem niedergelassenen Bereich sind häufig schwer zugänglich und wenn verfügbar, dann uneinheitlich. Eine Möglichkeit wäre, dass sich die SystempartnerInnen an einer gemeinsamen Datenerhebung beteiligen. Diese Datenerhebung müsste effizient und reduziert auf das Notwendige erfolgen. PatientInnenwege und Inanspruchnahmeverhalten sind wichtige Daten, die dadurch besser erhoben werden können. Auch die »Synchronisierung« von Akutabteilungen zu Langzeiteinrichtungen, von längerfristiger stationärer und ambulanter Therapie kann besser gesteuert werden, wenn auf entsprechendes Datenmaterial zurückgegriffen werden kann. Die Grundsätze des Datenschutzes sind jedenfalls zu beachten. Dabei werden die Daten pseudonymisiert und dienen damit nur der Auswertung, um in Zukunft eine koordinierte und gesamthafte Planung zu ermöglichen.

20. BESCHRÄNKUNG ADMINISTRATIVER ARBEIT AUF DAS NOTWENDIGE

Die Arbeit für und mit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist der Kern(-Auftrag) der psychosozialen/sozialpsychiatrischen Arbeit. Diese Arbeit für und mit den Menschen muss sich primär in der direkten Interaktion zwischen BetreuerIn/BegleiterIn und KlientIn bzw. medizinischem Personal und PatientIn widerspiegeln. Diese direkte Interaktion/Arbeit/Leistung wird ergänzt durch indirekte Arbeit/Leistungen (z.B. im sozialen Umfeld). Die notwendige administrative Arbeit (z.B. Dokumentation bzw. alles, was nicht direkt oder indirekt mit den Menschen mit Beeinträchtigungen zu tun hat) darf das nötige Mindestmaß nicht überschreiten.

21. ERSTELLUNG EINES ÜBERGREIFENDEN AUS- UND WEITERBILDUNGSKONZEPTS

Basierend auf verschiedenen medizinischen und psychosozialen sowie pflegerischen Ausbildungen, gibt es nur sehr wenige maßgeschneiderte Weiterbildungen für den sozialpsychiatrischen/psychosozialen Arbeitsalltag. Auf Basis der unterschiedlichsten Zugangsberufe bedarf es laufender, abgestimmter Weiterbildungscurricula für die verschiedensten Leistungsbereiche, v.a. im außerstationären Kontext. Neben den fachlichen Anforderungen soll ein spezielles Augenmerk auf die persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten gelegt werden, wobei die Aufnahme und Entwicklung von Personal die Aufgabe der jeweiligen Trägerorganisation ist. Bereits vorhandene Strukturen (und solche, die im Entstehen sind) sind jedenfalls zu integrieren. Konzeptarbeit und Sondieren des Vorhandenen sind daher vordringlich.

1



1. Psychische Beeinträchtigungen und Menschenrechte, Integration und Inklusion

1.1. Einleitung – Psychische Beeinträchtigungen, Salutogenese und Resilienz

Psychische Beeinträchtigungen werden in westlichen Gesellschaften in der Regel als medizinische Probleme/Phänomene betrachtet. Dementsprechend werden psychische Erkrankungen zumeist im Kontext medizinischer Institutionen behandelt. Die Grundlage dieser Sichtweise bildet die Psychopathologie bzw. ein medizinisch/naturalistisch geprägtes Krankheitsmodell, in dem die/der PatientIn im Mittelpunkt der Intervention bzw. der Behandlung steht. Das Problem – sprich die »Funktionsstörung« – wird im Individuum verortet und auch dort behandelt (z.B. durch Medikamente).

Diese Sicht der Dinge darf nicht übersehen, dass psychische Beeinträchtigungen auch eine subjektive und eine soziale Dimension aufweisen.⁴ Einige Ansätze – z. B. das soziale Modell von Behinderung bzw. Krankheit – fokussieren die Beziehung des Individuums zu seiner (sozialen) Umwelt und versuchen Probleme in dieser Beziehung zu lösen. Krankheit ist hier nicht primär ein Problem des Individuums alleine. Zur Lösung von Problemen können in diesem Ansatz auch Interventionen im sozialen Umfeld gesetzt werden. Vor allem in der Sozialpsychiatrie ist dieser Ansatz prominent.

Um diese Perspektiven unterscheiden und integrieren zu können, entwickelte die WHO (1980, 27ff.) ein Modell – die »International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)«. Es unterscheidet zwischen den folgenden Ebenen von Behinderung bzw. Erkrankung:

⁴ Auf das grundsätzliche Verhältnis zwischen medizinischer und sozial(-wissenschaftlicher) Perspektive auf Krankheit (und Gesundheit) kann hier, weil es die Dimension sprengt, nicht eingegangen werden. In diesem Zusammenhang gibt es eine Vielzahl von Ansätzen, die dieses Verhältnis unterschiedlich auslegen.

- *Impairment* (Schädigung): meint eine Störung auf organischer Ebene.
- *Disability* (Behinderung): meint die Konsequenzen der Störung auf personaler Ebene, was sie für einen Menschen bedeutet und welche konkreten funktionalen Einschränkungen damit einhergehen.
- *Handicap* (Benachteiligung): meint die Konsequenzen auf der sozialen Ebene (Vorurteile, Stigmatisierung, Diskriminierung, Probleme in der Ausfüllung einer sozialen Rolle etc.).

In eine ähnliche Kerbe schlägt das aktuellere Klassifikationsschema »ICF« (»Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit«; WHO 2001/2005), das auf einem Konzept von Gesundheit basiert, das die Funktionalität der/des Betroffenen in einer konkreten Umwelt betont und somit das bio-psycho-soziale Modell in den Vordergrund rückt, das die medizinische und soziale Dimension integriert.⁵

Neben Ansätzen, die vor allem das Verhältnis zwischen Umwelt und Individuum betonen, wurden in den letzten Jahrzehnten auch noch andere Konzepte entwickelt. Etwa solche, die weniger Augenmerk auf die Krankheitsentstehung legen, sondern vielmehr die Frage stellen, wie Gesundheit entsteht und aufrecht erhalten werden kann. Beispiele hierfür sind der Ansatz der Salutogenese oder jener der Resilienz.

Das Konzept der Salutogenese wurde von Antonovsky (1997) entwickelt und fokussiert – im Gegensatz zur Pathogenese – die Gesundheit und ihre Entstehung. Gleichzeitig sieht es – anders als eine klassisch naturalistische Sichtweise – »gesund« und »krank« nicht als zwei ausschließende Kategorien an. Das heißt, dass man sowohl krank als auch gesund zur gleichen Zeit sein kann. »Gesund« und »krank« bilden ein Kontinuum, welches unterschiedlich ausgeschöpft werden kann. Als Resilienzfaktor zur Erhaltung von Gesundheit nennt Antonovsky (1997) den Kohärenzsinn (sense of coherence). Er nimmt an, dass Menschen ein geringeres Erkrankungsrisiko aufweisen, wenn sie im Laufe ihrer Sozialisation ein grundlegendes Gefühl dafür entwickelt haben, dass Herausforderungen verstehbar (comprehensible), beherrschbar (manageable) und bedeutungsvoll (meaningful) sind.

20

Unter dem Ausdruck »Resilienz« versteht man die Widerstandsfähigkeit einer Person gegenüber verschiedener Risikofaktoren, die den negativen Einfluss von Stressoren abwendet (»Puffereffekt«). Das Gegenstück zur Resilienz bildet die Vulnerabilität, die auf eine geschwächte Widerstandsfähigkeit verweist (»Verletzlichkeit«, »Empfindlichkeit«). Mit dem Begriff der Resilienz geht auch die Vorstellung einher, dass Menschen – insbesondere Kinder – an der Bewältigung von Herausforderungen »wachsen« können (steeling) und dadurch Stressoren etwas entgegengesetzen können. Aus der Perspektive der Resilienzforschung erscheint es daher zielführend zu sein, Kinder und Jugendliche – aber natürlich auch Erwachsene – in kontrollierter Weise Risiken auszusetzen. Denn erst das erfolgreiche Coping – ohne die Erfahrung eines totalen Kontrollverlustes – ermöglicht es, später adäquat mit Stress, Risiken und Herausforderungen umzugehen (vgl. z.B. Rutter 2006).

1.2. Inklusion/Exklusion und Integration

Basierend auf dieser umfassenderen Sicht auf das Phänomen der Krankheit bzw. Beeinträchtigung, wie es z.B. im Rahmen der ICF der Fall ist, wurden einige normative Konzepte entwickelt, die die Teilhabe von Menschen mit Behinderung/Erkrankungen ermöglichen sollen bzw. diese Forderung nach Teilhabe (besser) umschreiben.

Das wohl bekannteste Modell ist jenes der »sozialen Inklusion«. Der Ausdruck »Inklusion« meint »die selbstverständliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung an allen gesellschaftlichen Bereichen« (Steinhart 2008, 29). Im Kontext des Inklusionsbegriffs wird die soziale Dimension von Behinderung bzw. Krankheit betont. Dies geht mit der Forderung einher, der sozialen Ausgrenzung (»Exklusion«) von Menschen mit Behinderung bzw. psychischer Erkrankung entgegenzuwirken. Dabei soll nicht das Individuum an die Gesellschaft/Umwelt, sondern vielmehr die Umwelt an das Individuum angepasst werden. Die Strukturen (der

⁵ Die ICF ist ein Nachfolgemodell der ICIDH, die über die WHO Task Force in DSM V übernommen wurde.

sozialpsychiatrischen/psychosozialen) Leistungen sollen sich demnach an die Menschen anpassen – und nicht umgekehrt. Dies ist auch der entscheidende Unterschied zur Integration, bei der sich der Mensch an die Strukturen anpassen soll/muss. Dies impliziert Unterstützungsleistungen, die die Inklusion von Betroffenen gewährleisten. Wie in ganz Österreich ist Inklusion auch in Niederösterreich eines der Leitprinzipien in der Entwicklung der psychiatrischen und sozialpsychiatrischen/psychosozialen Versorgungsstruktur. So wird von vielen Seiten gefordert, dass in den Bereichen »Arbeiten« und »Wohnen« mehr Angebote im Sinne der Inklusion eingeführt werden sollen (Klausur 2014).

Inklusion beinhaltet sowohl die »Teil-Habe« als auch das »Eingebunden-Sein« – also die Einbeziehung von Menschen in spezifische (gesellschaftliche und gemeinschaftliche) Funktionsbereiche, für deren Teilhabe an gesellschaftlichen Teilsystemen (vgl. Fuchs-Heinritz et al. 2007, 296). Damit gehen verschiedene weitere (Menschen-)Rechte einher wie z. B. Barrierefreiheit(en), Assistenz und Partizipation. Diese »Inklusionsparameter« verhindern »Exklusion«, die sich in Form von Tatsachen und Prozessen der verfestigten oder institutionalisierten Benachteiligung von Menschen zeigt, sodass sie nicht in vollem Maße am Gemeinschafts-/Gesellschaftsleben teilnehmen können und somit an den Rand der Gesellschaft gedrängt oder sogar vollständig ausgegrenzt werden (vgl. Hillmann 2007, 377).

Wenn man psychische Erkrankungen nicht medizinisch (Behandlung), sondern mit Hilfe des sozialen Modells (Unterstützung/Assistenz) von Behinderung analysiert, so entsteht Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren (vgl. Schulze 2011, 11). Kurz gesagt: »It's not about fixing people but about fixing society« (Walker, zitiert nach Schulze 2011, 15). Dieser Weg vom Fürsorgegedanken hin zum Menschenrechtsansatz versinnbildlicht den Gedanken, dass Menschenrechte jene Rechte sind, die man kraft Menschseins hat. Es sind dies die Rechte auf Zugehörigkeit, Selbstbestimmung, Partizipation, Barrierefreiheit, Nicht-Aussonderung und Ressourcenorientierung und somit die Akzeptanz von Heterogenität, Individualität und Kontextorientierung (vgl. Schwalb/Theunissen 2009, 17f.).

Dabei spielen sowohl die Themen Sozialraumorientierung als auch berufliche Rollen- und Selbstverständnisse (der »Profis«) sowie die kustodial-patriarchalische Versorgungsmentalität (u. a. Krisor 2005, 52f.; Dörner 2002, 67-75) eine wichtige Rolle. Neben dem bereits angesprochenen »Kontinuum« von »gesund und krank« der Salutogenese können verschiedene Entwicklungsphasen im Betreuungs-/Hilfe-/Unterstützungssystem für Menschen mit Behinderungen dargelegt werden. Hinz (2006, 4) hat dazu (auszugweise) folgenden Vorschlag gemacht:

Fokus	Institutionsreform (*entspricht den Begriffen »Exklusion/Segregation«)	De-Institutionalisierung (*entspricht dem Begriff »Integration«)	Leben mit Unterstützung (*entspricht dem Begriff »Inklusion«)
Person	PatientIn	KlientIn	BürgerIn
Rahmen von Dienstleistungen	In der Institution	In Wohngruppen, Werkstätten für Behinderte, Sonderschulen und -unterricht	In üblichen Wohnungen, Betrieben, Schulen und Klassen
Alltagstheoretische Basis der Arbeit	Pflegerisches/medizinisches Modell	Entwicklungspsychologisches/verhaltens-therapeutisches Modell	Modell der individuellen Unterstützung
Dienstleistung	Pflege/Betreuung	Förderung	Assistenz
Planungsmodelle	Betreuungs- und Versorgungspläne	Individuelle Erziehungs-/Förder-/ Qualifizierungspläne	Gemeinsame persönliche Zukunftsplanung
Kontrolle durch ...	Medizinisch/pflegerische Fachkraft	Interdisziplinäres Team	Persönlicher UnterstützerInnen-Kreis
Priorität bei ...	Grundbedürfnissen	Tüchtigkeit	Selbstbestimmung in sozialer Kohäsion
Problemdefinition	Behinderung, Schädigung, Defizit	Abhängigkeit, Unselbständigkeit	Umwelthindernisse der Teilhabe
Problemlösung	Behandlung, Therapie	Förderung der am wenigsten einschränkenden Umwelt	Neugestaltung der Umwelt als inklusive Gesellschaft

Tabelle 2: Entwicklungsphasen im Betreuungs-/Hilfe-/Unterstützungssystem
Hinz 2006, 4.

Abschließend ist hier noch festzuhalten, dass es stets einer Unterscheidung bedarf, ob Inklusion in der sozialpsychiatrischen/psychosozialen Arbeit im Kontext sozialpolitischer Forderungen, theoretischer und empirischer Auseinandersetzung oder praktischer sozialpsychiatrischer/psychosozialer Arbeit betrachtet wird (vgl. Priebe/Finzen 2002, 47f.). Bei aller Selbstbestimmung bedürfen Menschen mit Beeinträchtigungen

einmalig, mehrmalig oder auch dauernd einer »Unterstützung«, wenn sie diese benötigen bzw. in Anspruch nehmen. In diesem Sinne ist »Selbst-Bestimmung« das Maß aller Dinge – aber »Fremd-Unterstützung« (vgl. dazu auch das Modell der »unterstützten selbstbestimmten Entscheidungsfindung« im Kontext der Neuorganisation des Sachwalterrechts) eine notwendige Ergänzung, ohne daraus eine »Fremd-Bestimmung« zu machen. Wir sind als Menschen auf andere angewiesen – nicht nur im Alltag, sondern v.a. auch in Phasen und Abschnitten unseres Lebens, in denen wir aufgrund psychischer Probleme Unterstützung nachfragen und benötigen.

1.3. Gesetzliche Rahmenbedingungen

Sämtliche Menschenrechte werden in der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, die von Österreich ratifiziert wurde, als barrierefrei und inklusiv postuliert. So ist es ein zentrales Anliegen dieser Konvention, die Inklusion von Menschen mit Behinderungen voranzutreiben.⁶ In diesem Abschnitt, der die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die sozialpsychiatrische/psychosoziale Arbeit in Österreich bzw. Niederösterreich zusammenfasst, werden auch zentrale Punkte dieser Konvention dargestellt.

EINLEITUNG – ZWEI MODELLE DER BEHINDERTENPOLITIK

Innerhalb der »Behindertenpolitik« existieren dazu zwei verschiedene Modelle, die als »sozialstaatlicher Ansatz« (tendenziell exkludierend) und als »Ansatz der Teilhabe« (tendenziell inkludierend) beschrieben werden können (vgl. Hofer et al. 2006, 15). Im sozialstaatlichen Ansatz werden Menschen mit Beeinträchtigungen als »besondere Personengruppen« erfasst, die besondere Maßnahmen und besondere Dienste erhalten und somit auch besonderen Institutionen zugewiesen werden. Im Ansatz der Teilhabe werden Menschen mit Beeinträchtigungen als Menschen wie alle anderen gesehen. Die Strukturen und Vorschriften sind so zu gestalten, dass sie auch die Bedürfnisse von Menschen mit Beeinträchtigungen beachten. Diese zwei Modelle der Behindertenpolitik finden sich auch in der verfassungs- und einfachgesetzlichen Geschichte der österreichischen Rechtsordnung wieder, wobei der »sozialstaatliche Ansatz« dem Paradigma der »Integration« und der »Ansatz der Teilhabe« jenem der »Inklusion« entspricht.

Im aktuellen Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung heißt es: »Ziel der Behindertenpolitik ist die Inklusion von Menschen mit Behinderungen in alle Lebensbereiche.« (Bundeskanzleramt 2013, 54). Folgende Maßnahmen sollen (unter anderem) in der Legislaturperiode 2013-2018 dazu gesetzt werden:

- Laufende Umsetzung des NAP Behinderung
- Abbau von Großeinrichtungen und Entwicklung alternativer Unterstützungsleistungen zur Ermöglichung eines selbstbestimmten Lebens
- Bundesweit einheitliche Harmonisierung der Leistungen der Länder
- Neues Modell für Behindertenwerkstätten:
 - Zur eigenständigen Absicherung der Tätigkeiten in Werkstätten
 - Stärkung der Durchlässigkeit zwischen Erstem und Dritten Arbeitsmarkt
- Teilhabe am Arbeitsmarkt:
 - Förderung von Beschäftigungsverhältnissen am Ersten Arbeitsmarkt
 - Evaluierung der Novelle des Behinderteneinstellungsgesetzes (BEinstG) unter besonderer Berücksichtigung der Möglichkeit zur Erfüllung der Einstellungspflicht
 - Ausbau und Qualitätssicherung von Unterstützungsstrukturen (vgl. Bundeskanzleramt 2013, 54f.)

⁶ Der Begriff »Inklusion« wird jedoch in der offiziellen deutschen Übersetzung der Konvention – im Gegensatz zum englischen Original (»inclusion«) – nicht verwendet. An dieser Stelle ist festzuhalten, dass die deutsche Übersetzung der englischen Fassung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen an verschiedenen Stellen »Übersetzungsfehler« aufweist, weswegen aktuell in einer Arbeitsgruppe an einer »Neuübersetzung« gearbeitet wird.

Verfassungsrechtliche Grundlagen, EU-Normen und einfachgesetzliche Regelungen:

Der Gleichheitssatz des Artikel 7 Abs. 1 B-VG lautet wie folgt:

- »» Alle Bundesbürger sind vor dem Gesetz gleich. Vorrechte der Geburt, des Geschlechtes, des Standes, der Klasse und des Bekenntnisses sind ausgeschlossen. ««
Im Jahr 1997 wurden zwei Sätze angefügt (vgl. BGBl. I Nr. 87/1997):
- »» Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. Die Republik (Bund, Länder, Gemeinden) bekennt sich dazu, die Gleichbehandlung von behinderten und nicht behinderten Menschen in allen Bereichen des täglichen Lebens zu gewährleisten. ««

Das heißt konkret (vgl. 785 d.B. XX. GP), dass es sich dabei um ein verfassungsgesetzlich gewährleistetes Recht handelt, das vor dem VfGH durchsetzbar ist. Anders als der allgemeine Gleichheitssatz (vgl. 1. Satz des Artikel 7 Abs. 1 B-VG), der nur für Staatsbürger gilt, soll dieses Diskriminierungsverbot für jeden Menschen gelten. Hiermit wurde die Nichtdiskriminierungsklausel (des 1. Satzes des Artikel 7 Abs. 1 B-VG) zu einer »Gleichbehandlung(-Klausel) von behinderten (und nicht behinderten) Menschen«.

Anfang der Jahrtausendwende wurde seitens der EU ein Anti-Diskriminierungspaket erlassen, das verschiedene neue gesetzliche Regelungen in Österreich nach sich zog, wie das Gleichbehandlungsgesetz (BGBl. I Nr. 66/2004), das Bundes-Gleichbehandlungsgesetz (BGBl. Nr. 100/93 idF BGBl. I Nr. 65/2004) und das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (BGBl. I Nr. 82/2005).

Auf Landesebene wurden in verschiedenen Bundesländern seit 2006 für Menschen mit Behinderungen bzw. Beeinträchtigungen verschiedenste Chancen(gleichheits)gesetze (bzw. das Behindertengesetz) geschaffen, die u. a. folgende Ziele verfolgen:

- Menschen mit Behinderungen gleichwertige Lebensbedingungen zu ermöglichen
- Gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (wie nicht behinderte Menschen) am gesellschaftlichen, kulturellen, wirtschaftlichen und politischen Leben
- Ermöglichung eines selbstbestimmten Lebens
- Menschen mit Beeinträchtigungen durch die Vermeidung des Entstehens von Beeinträchtigungen sowie durch die Verringerung von Beeinträchtigungen nachhaltig fördern und ihnen ein normales Leben und eine umfassende Eingliederung in die Gesellschaft ermöglichen, um die Chancengleichheit von Menschen mit Beeinträchtigungen zu erreichen

Weitere Ausführungen und eine vertiefende Darstellung zu den rechtlichen Rahmenbedingungen, vor allem der UN Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und die Grundrechte Charta der Europäischen Union, finden sich im Anhang.

1.4. Das Konzept der integrierten Versorgung

Integrierte Versorgung ist in aller Munde, vor allem wenn es darum geht, ein Gesundheitssystem effektiv und effizient zu gestalten.⁷ Aber was verbirgt sich hinter diesem Begriff? Grundsätzliches Ziel dieses Konzepts ist es, die »strukturelle Fragmentierung in der Versorgung [...] zu überwinden« (Kunze/Priebe 2006, 54). Dabei soll die Behandlung der PatientInnen individuell und bedürfnisgerecht angeboten werden können. Das Schnittstellenmanagement ist sozusagen auf individueller Ebene bereits mitgedacht, da der gesamte

⁷ Es sei darauf hingewiesen, dass der Begriff »integrierte Versorgung« ein weiter ist und in der Literatur unter diesem Ausdruck viele Konzepte zusammengefasst werden. Im Rahmen der vorliegenden Darstellung kann aus Platzgründen kein umfassender Überblick über die einzelnen »Schattierungen« dieses Begriffs gegeben werden.

Behandlungsprozess einer betroffenen Person sektorenübergreifend in den Blick genommen und gestaltet wird. »Integrierte Versorgung stellt somit eine eigenständige Dienstleistung dar, wenn statt der bisher solitären Leistungen ein individuell zusammengestelltes Leistungspaket angeboten wird« (Bühler 2013, 16). Luthé (2013) definiert den Begriff »integrierte Versorgung« detailliert als

» [...] patientenorientierte, gemeinsame und abgestimmte sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung samt angrenzender Bereiche (akutstationäre Versorgung, ambulante Versorgung, Rehabilitation, Nahtstellen zum Pflegebereich). Sie umfasst Prozess- und Organisationsintegration. Sie ist »[...] möglicherweise das dominante medizinische Versorgungsmodell der Zukunft und beruht auf dem Gedanken einer sektor- und fachgebietsübergreifenden Zusammenarbeit aller maßgeblichen Anbieter von Gesundheitsleistungen. Dies bedeutet, dass ambulante und stationäre Versorgungsformen ebenso wie unterschiedliche Berufsgruppen des Gesundheitssystems innerhalb eines übergreifenden Versorgungsnetzwerkes zusammengefasst sind. [...] Die integrierte Versorgung ist prinzipiell dezentral positioniert.« (Luthé 2013, 37)

Bereits durch die Klärung des Begriffs lässt sich erahnen, dass das Modell der integrierten Versorgung voraussetzungsreich ist. So bedarf es Strukturen, die eine nahtlose Begleitung einer/s PatientIn ermöglichen. Kunze und Priebe (2006) berichten beispielsweise von England. Dort gleicht die/der psychiatrische Fachärztin/-arzt einer/m CasemanagerIn, die/der sich auch außerhalb des stationären Bereichs für die einzelnen PatientInnen verantwortlich wähnt.

Abgesehen von der »Personenorientierung« und »Gemeindenähe«, ist der »zentrale Bezugspunkt« der Betrachtungen ausschlaggebend – und zwar, ob man diesen »stationär« oder »außerstationär« sieht. Hier ist ein Perspektiven- und somit Paradigmenwechsel im Gange, der wie folgt beschrieben werden kann:

» Bisher ist der zentrale Bezugspunkt die stationäre Behandlung. Zukünftig soll es die ambulante komplexe psychiatrische Krankenhausbehandlung sein, mit fließendem Übergang zur tagesklinischen und stationären Behandlung. Die Behandlung wird ‚strategisch‘ von der ambulanten Perspektive her gesteuert und die stationäre Behandlung wird zur zeitlich begrenzten Phase innerhalb einer Gesamtbehandlung. (Kunze/Priebe 2006, 54)

Die integrierte Versorgung, mit ihren Forderungen nach mehr Koordination und Steuerung, basiert auch auf den Entwicklungen rund um die Psychiatrie-Reformen und die Deinstitutionalisierung, im Zuge dessen eine (einmal mehr, einmal weniger) vielfältige gemeindepsychiatrische Versorgung(slandschaft) geschaffen wurde (vgl. Pfammatter/Junghan 2012, 861).

ZIELE DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG

Die Ziele und Potentiale der integrierten Versorgung sind folgende (vgl. Haas 2007, 81; Pfammatter/Junghahn 2012, 862; Piepenhagen 2008, 536f.):

- Abbau von Nahtstellenproblemen und Ineffizienzen
- Gewährleistung lückenloser Versorgung
- Verzahnung der traditionell getrennten Versorgungsbereiche der Prävention, der ambulanten/niedergelassenen ärztlichen Versorgung, der stationären Versorgung und der Rehabilitation
- Beachtung des wechselnden Unterstützungsbedarfs von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen
- Sicherstellung von Betreuungskontinuität

Außerdem sollen mit Hilfe der integrierten Versorgung Kosten gespart werden; einerseits durch die Verringerung stationärer Aufenthalte und andererseits durch die Überwindung von Bruchlinien im Versorgungssystem sowie der damit besser zu gewährleistenden Behandlungskontinuität und verbesserten

Abstimmung der Behandlungen (vgl. Meise et al. 2008, 238). Wie wichtig die Implementierung einer integrativen Versorgung ist, verdeutlicht das folgende Zitat von Walle und Reichwaldt (2010):

» Selten arbeiten niedergelassene Psychiater oder Nervenärzte multiprofessionell und in einer Region vernetzt mit den gemeindepsychiatrischen Angeboten. [...] Obwohl gerade schwer psychisch Erkrankte Hilfen im ambulanten System suchen, gibt es dort nur unzureichend entwickelte Versorgungspfade innerhalb eines kaum miteinander vernetzten Systems medizinischer Behandlungs- und Betreuungsstrukturen. Diese Kranken stehen solchen fraktionierten Systemen oft hilflos gegenüber. In der Folge wird ein Großteil psychiatrischer Patienten nur suboptimal von Hausärzten behandelt. In schwierigen Situationen werden solche Patienten regelhaft in stationäre Einrichtungen vermittelt, sodass die vielfach gefürchteten Stigmatisierungen als seelisch behinderte Menschen nicht ausbleiben. «

(Walle/Reichwaldt 2010, 22f.)

FORMEN UND BEDINGUNGEN DER (GEMEINDE-)INTEGRIERTEN VERSORGUNG

In der Literatur werden unter dem Begriff »integrierte Versorgung« verschiedene Versorgungsmodelle subsumiert. An dieser Stelle seien einige beispielhaft aufgezählt (nach Pfammatter/Junghan 2012, 861; siehe auch Weinmann et al. 2009; Weinmann/Gaebel 2005):

- Case Management Modelle
- Modell des »Assertive Community Treatment« (ACT)
- Modell psychiatrischer Gemeindeteams (»Community Mental Health Teams«, CMHT)
- Modell der Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (»Home Treatment«, »Crisis Resolution Teams«)
- Multiprofessionelle Versorgungsansätze

Die Modelle der integrierten Versorgung zeichnen sich in der Regel durch folgende Merkmale aus, die auch den Forderungen nach Gemeindenähe und nach einem tetralogischen Verhältnis der involvierten Personengruppen entsprechen:

- Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen (»Multidisziplinarität«): Eine engere Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Professionen soll die Effektivität und die Qualität der Versorgung verbessern. Dies geht mit einer Enthierarchisierung der Berufsgruppen und mit partizipativen Entscheidungsstrukturen einher (vgl. Babitsch/Kuhlmann 2007, 59).
- Aufsuchende Betreuung/Behandlung: Viele Konzepte der integrierten Versorgung haben aufsuchenden Charakter. Dies soll eine niederschwellige Versorgung garantieren. Aufsuchende Konzepte haben auch Eingang in die Leitlinien für eine evidenzbasierte Versorgung schwer psychisch kranker Menschen gefunden (vgl. Pfammatter/Junghan 2012, 861f.).
- Sektorenübergreifende Begleitung (»Case Management«): Die PatientInnen werden über verschiedene Behandlungen hinweg durch CasemanagerInnen begleitet. Das heißt, eine flexible und Zeit benötigende Behandlung über Sektorengrenzen hinweg kann »nur bei Kontinuität der verantwortlichen therapeutischen Bezugsperson erreicht werden. Darüber hinaus müssten therapeutische Fallkonferenzen und das multiprofessionelle Dokumentations- und Informationssystem den patientenbezogenen Behandlungspfaden entsprechend organisiert werden« (vgl. Kunze/Priebe 2006, 54).

Bühler (2013) fasst die wichtigsten Grundvoraussetzungen für integrierte Versorgung wie folgt zusammen:

- Jeweils ein Leitbild, ein Kommunikationssystem, ein Beschlussssystem, ein Managementsystem, ein Honorierungssystem und ein Qualitätssicherungssystem
- Bei allen Mitgliedern besteht das Bedürfnis, Schwierigkeiten gemeinsam lösen zu wollen
- Konsensfähige Konzepte bezüglich der engen Zusammenarbeit der Leistungsanbieter sowie der Berufsgruppen untereinander, mit Betroffenen und Kostenträgern über die verschiedenen Sektoren (ambulant und stationär) hinweg, unter Überwindung von Hierarchien und Befindlichkeiten
- Kooperationen auf allen Ebenen, v. a. für Strukturveränderungen
- Wertschätzung und Akzeptanz des jeweiligen Fachwissens und der jeweiligen Fähigkeiten
- Definition von Zielen, Standards und gemeinsamen Weiterbildungsveranstaltungen
- Implementierung einheitlicher Finanzierungssysteme bei gleichzeitiger Gleichbehandlung aller Sektoren

EFFEKTIVITÄT DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG

Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob die erhofften Ziele bzw. Vorteile der integrierten Versorgung tatsächlich eintreten. Hierzu gibt es mittlerweile einige Studien, Reviews und Metaanalysen. Pfammatter und Junghan (2012) schreiben etwa zusammenfassend über die Wirksamkeit von aufsuchenden, gemeindeintegrierten Versorgungsmodellen Folgendes:

» Verschiedene Metaanalysen zeigen, dass diese Versorgungsmodelle insgesamt die Aufrechterhaltung des Kontakts gemeindepsychiatrisch betreuter Patienten zu den Einrichtungen verbessern und im Vergleich mit stationärer Versorgung eine deutliche Verringerung der Klinikaufenthaltsdauer sowie der stationären Aufnahmen während akuten Krankheitsphasen mit einer entsprechenden Senkung der stationären Behandlungskosten erzielen. Außerdem erhöhen diese Angebote die Behandlungszufriedenheit von Patienten und sorgen für eine Entlastung der Angehörigen. ACT-Modelle bewirken zudem eine Stabilisierung der Wohnsituation und führen zu einer Erhöhung der Beschäftigungsrate. «
(Pfammatter/Junghan 2012, 861)

26

Außerdem verweisen Pfammatter und Junghan (2012, 861f.) darauf, dass insbesondere intensives Case Management eine deutliche Reduktion der Anzahl und Dauer stationärer Aufnahmen während akuter Krankheitsphasen erzielen; die psychopathologische Symptomatik wird jedoch nicht differenziell verbessert.

Übersichtsarbeiten von Gühne et al. (2011) und Berhe et al. (2005) über die Effektivität von »Home Treatment« bestätigen ebenfalls die Wirksamkeit von aufsuchender Behandlung im häuslichen Umfeld. Der Artikel stellt heraus, dass Home Treatment – im Vergleich zu herkömmlicher stationärer Behandlung – im Hinblick auf die psychische Gesundheit im Allgemeinen mindestens gleich wirksam ist (für eine Primärstudie aus Deutschland siehe Munz et al. 2011). Zusätzlich können die stationären Aufenthalte und Behandlungszeiten gesenkt werden. Das Risiko eines Behandlungsabbruchs kann durch Home Treatment gesenkt werden. Außerdem ist die Zufriedenheit von PatientInnen und Angehörigen besser – im Vergleich zu herkömmlicher Behandlung. Dabei ist natürlich zu berücksichtigen, dass nicht alle PatientInnen durch Home Treatment behandelt werden können (z. B. bei Selbst- und Fremdgefährdung). Des Weiteren ist Home Treatment kostengünstiger als stationäre Behandlungsformen (vgl. Gühne et al. 2011; Berhe et al. 2005). Weinmann et al. (2012) verweisen auf folgende Wirkfaktoren im Rahmen von Home Treatment:

» [...] geringe Patientenzahl pro Mitarbeiter, regelmäßige Hausbesuche, hoher Anteil von Kontakten beim Patienten zu Hause, gemeinsame Verantwortung für Gesundheitsbelange und soziale Betreuung sowie multidisziplinäre Teamzusammensetzung unter Einbeziehung eines Psychiaters [...] «
(ebd., 830)

Zu ähnlichen Ergebnissen wie beim Home Treatment kommen auch Studien zum »Assertive Community Treatment« (ACT). Eine Studie (Karow et al. 2013; Lambert et al. 2013) aus Hamburg (»Hamburger Modell«) untersuchte ein mobiles, aufsuchendes ACT-Konzept, welches positive Ergebnisse »für schwer erkrank-

te Patienten mit Psychosen hinsichtlich der anhaltenden Verbesserung der psychotischen Symptomatik, des klinischen Schweregrads, der Alltagsfunktion, der Lebensqualität und der Behandlungszufriedenheit« (Karow et al. 2013) aufzeigte. Eine Metaanalyse berichtet von ähnlichen Ergebnissen (siehe zusammenfassend Weinmann et al. 2012, 828). Auch für ACT-Modelle ergeben sich laut Kilian (2012), vor allem für psychotische und chronisch erkrankte Menschen, Kostenvorteile.

Ein systematischer Cochrane Review (Malone et al. 2010) untersuchte die Wirksamkeit von psychiatrischen Gemeindeteams »Community Mental Health Teams« (CMHT). Diese Übersichtsarbeit zeigt, dass bei dieser Form der Intervention – im Vergleich zu »usual care« – weniger Todesfälle zu verzeichnen sind, die Betroffenen mit der Behandlung signifikant zufriedener sind und die Anzahl der Krankenhausbesuche signifikant geringer ist.

Schmid et al. (2013) geben einen Überblick über sektorenübergreifende, integrierte Versorgungsmodelle in Deutschland und zeigen, dass diese Modelle (z. B. ACT) das Potential aufweisen, klinische Verbesserungen bei PatientInnen zu bewirken (siehe auch die Absätze davor). Weinmann et al. (2012) weisen mit Recht darauf hin, dass bei der Wirksamkeit und Implementierung von innovativen sozialpsychiatrischen/psychosozialen Versorgungsleistungen stets Kontextfaktoren berücksichtigt werden müssen, die zentral für die Wirksamkeit der Interventionen sind bzw. sein können.

1.5. Dialog und Tetralog

In der Psychiatrie bzw. Sozialpsychiatrie gibt es immer wieder Initiativen, die versuchen, einzelne Personengruppen – wie z. B. die von psychischer Krankheit betroffenen Menschen, die Angehörigen und die in der psychiatrischen Versorgung tätigen Personen – an »einen Tisch« zu holen. Lange Zeit wurden solche Projekte als »Dialog« bezeichnet, da vor allem ein Austausch zwischen Betroffenen, Angehörigen und Psychiatrie-MitarbeiterInnen forciert wurde. Mittlerweile wurde dieses Konzept zu einem »Tetralog« erweitert. Tetralogische Projekte versuchen auch die Gesellschaft bzw. VertreterInnen davon in ein Gespräch einzubinden (vgl. Schöny 1997). Das grundsätzliche Ziel solcher Initiativen ist es, »eine gemeinsame Sprache und neue Formen der Begegnung zu entwickeln und zu üben« (Bock 2005, 155). Des Weiteren sollen:

- ein gleichberechtigter Austausch von Informationen ermöglicht und gewährleistet werden
- das Selbstbewusstsein der verschiedenen Gruppen gestärkt
- die Qualität der Versorgung verbessert und
- Vorurteile abgebaut werden.

Damit soll außerdem ein ganzheitliches Bild einer Erkrankung geschaffen werden, das verschiedene Perspektiven, Erfahrungen und Wissensbestände integriert (vgl. ebd.). Umgesetzt wurde der Dialog beispielsweise in den so genannten »Psychose-Seminaren«, in denen die oben genannten Gruppen in Diskussionsforen und auf »neutralem Boden« Erfahrungen austauschen (vgl. Amering/Schmolke 2007, 315).

Dialog bzw. Tetralog können als Methode begriffen werden, in der einzelne Personengruppen näher zusammenrücken und in der vor allem die Perspektive der Betroffenen besondere Berücksichtigung findet. Dies soll auch zu einer besseren Miteinbeziehung von psychisch erkrankten Menschen führen. Generell ist in den letzten Jahren ein vermehrtes Bemühen in der PatientInnenbeteiligung zu verzeichnen.

1.6. PatientInnenbeteiligung

Prinzipiell können verschiedene Formen der PatientInnenbeteiligung unterschieden werden. Nach Becker et al. (2008, 114; siehe auch Reichhart et al. 2008, 111ff.) kann der Einbezug von NutzerInnen auf vier verschiedenen Ebenen erfolgen:

- a) Individuelle Ebene: in der Arzt-Betroffenen-Beziehung z.B. durch »shared decision making« (siehe u.a. Preining 2009)
- b) Ebene der Planung und Entwicklung psychosozialer Leistungen: durch Hinzuziehung der Betroffenenmeinung, durch die Mitarbeit von Betroffenen (z. B. »Peer-Support«), durch das Anbieten von Leistungen durch die Betroffenen selbst
- c) Ebene der psychosozialen Versorgungsforschung: durch die Beteiligung von Betroffenen bei der Konzeption und Durchführung von Studien
- d) Politische Ebene: durch Interessensvertretung und politische Einflussnahme durch Betroffene

In weiterer Folge sollen die vier Punkte genauer erläutert und betrachtet werden.

BETEILIGUNG AUF INDIVIDUELLER EBENE

In den letzten Jahren hat sich die Informationslandschaft zu psychischen Erkrankungen eklatant gewandelt. Es stehen immer mehr Informationen – z. B. über das Internet – zur Verfügung. Außerdem hat sich das Selbstverständnis der Betroffenen verändert. Durch die Empowerment-Bewegung wird die Mit- und Selbstbestimmung von Betroffenen vermehrt eingefordert (vgl. Reichhart et al. 2008, 112). Aus diesem Grund sind auch Konzepte wie »shared decision making« und Behandlungsvereinbarungen in aller Munde. Ersteres stellt eine partizipative Entscheidungsfindung dar, in der den Beteiligungswünschen der PatientInnen entsprochen wird. Zweiteres dient dazu, die Wünsche der Betroffenen in akuten Krisensituationen mitberücksichtigen zu können. Es werden zwischen Betroffenen und der Klinik vorsorgliche Vereinbarungen für künftige Behandlungen in Akutsituationen schriftlich fixiert (vgl. Reichhart et al. 2008, 114).

28

BETEILIGUNG IM ANGEBOT VON PSYCHOSOZIALEN LEISTUNGEN

Aufgrund ihres Erfahrungshintergrundes können Peers in besonderer Weise lebensnahe, lösungsorientierte und nicht-stigmatisierende Unterstützung bieten. Die Wirksamkeit von Peer-Support wurde mittlerweile in einigen Studien nachgewiesen. Verschiedene Review-Artikel zeichnen auf der Grundlage der bisherigen Forschung ein positives Bild. Sie zeigen einheitlich, dass Peer-Support in der Versorgungswirksamkeit professionellen Angeboten um nichts nachstehen (vgl. Davidson et al. 2006, 2012; Rogers et al. 2009; Einzelstudien im Bereich »peer-based« Case Management siehe Solomon et al. 1995; O'Donnell et al. 1999; Clarke et al. 2000; Davidson et al. 2004; Sells et al. 2006; Rivera et al. 2007). So erbringen Leistungen mit Peer-Support in den klientInnenbezogenen »harten« Outcome-Kriterien wie (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt, soziale Unterstützung, Hospitalisierung, Lebensqualität und Rückfall gleich gute Ergebnisse. Gleichzeitig ist zu beachten, dass Peer-Support in sogenannten »weichen« Kriterien in der Regel besser abschneiden: z. B. in der Erreichbarkeit der Klientel, in der Kontaktaufnahme mit den Betroffenen, in der Aufrechterhaltung des Betreuungsverhältnisses, in der Zufriedenheit mit der Betreuung, in der Vermittlung von Hoffnung und im Anbieten eines positiven Rollenmodells.

Des Weiteren ist zu vermuten, dass ein gezielterer Einsatz von Peers, der vor allem die Stärken – wie z. B. die Vermittlung von Hoffnung und das Anbieten eines »Rollenmodells« – besser nutzt, das Potential der Peer-Idee (noch) besser verwirklichen kann. Davidson et al. (2012) konnten dieses Potential von Peer-Support in Pilot-Studien bereits nachweisen.⁸

BETEILIGUNG IN DER FORSCHUNG

Die Beteiligung von Betroffenen in der Forschung ist als konsequenter nächster Schritt in der Weiterentwicklung der PatientInnenbeteiligung zu begreifen. Hier befinden sich Betroffene und ForscherInnen auf gleicher

⁸ Für einen Überblick über potentielle Vorteile von Peer-Support siehe Tabelle 49 im Anhang.

Augenhöhe; bzw. sind Betroffene und ForscherInnen dieselben Personen. Es wird davon ausgegangen, dass die Perspektive der Betroffenen die objektivierende Forschung sinnvoll ergänzt.

»» Die subjektive Sicht der Betroffenen stellt eine hinreichende Expertise dar und komplementiert die Perspektive der Forschenden ‚expertise by experience and expertise by profession‘. Auf der methodischen Ebene entspricht sie der sinnvollen Ergänzung von objektivierenden, evidenzbasierten Verfahren durch subjektivierende, narrationsbasierte Verfahren. ««
(Krumm/Becker 2006, 64)

Vor allem in Großbritannien ist der Einbezug von Betroffenen in die Forschung schon weit verbreitet. In Deutschland gibt es auch bereits positive Beispiele. So bemüht sich z.B. etwa das Cochrane Zentrum in Deutschland um PatientInnenbeteiligung bei der Erstellung von Reviews. Betroffene kommen dabei als BegutachterInnen, KommentatorInnen und Co-AutorInnen zum Einsatz.

POLITISCHE BETEILIGUNG

Interessensgruppen und -vertretungen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung versuchen Einfluss »auf Politik, Verwaltung, Wirtschaft und Sozialversicherungen« (Becker et al. 2008, 119) auszuüben. Dies kann einerseits durch Lobby-Arbeit von »außen« und andererseits durch die Vertretung von Betroffenen in politischen Gremien geschehen.

PROBLEME IN DER UMSETZUNG VON PATIENTINNENBETEILIGUNG

Die konsequente Umsetzung der PatientInnenbeteiligung ist immer wieder Schwierigkeiten ausgesetzt. Nach Reichhart et al. (2008, 116) sollen hier folgende Probleme benannt werden:

- Unterschiedliche Erwartungen und Interessenslagen der einzelnen Personengruppen (unterschiedliche Ziele z.B. Krankenversicherungsträger: Senkung der Behandlungskosten; PatientIn: keine Rationalisierungswünsche)
- Vorbehalte/Vorurteile gegenüber psychisch erkrankten Menschen (Stigmatisierung)
- Wissen über Beteiligung gering ausgeprägt
- Strukturelle Defizite behindern Implementierung (Stärkung kommunikativer Fähigkeiten der ÄrztInnen; PatientIn: Fähigkeiten zur Bedürfnisartikulation müssen erst erlernt werden)
- Organisatorische Hindernisse (z.B. mangelnde Zeit, mangelnde Vergütung der »Gesprächsmedizin«)



2

2. Evaluation des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995

ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG

Bei der »Evaluation des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995« durch Katschnig, Weibold und Denk aus dem Jahr 2003 handelt es sich um ein etwa 650 Seiten umfassendes Werk, in dem die damalige psychiatrische Versorgung Niederösterreichs bewertet und Empfehlungen für deren Weiterentwicklung gegeben wurden, damit der »größtmögliche Behandlungserfolg bei Optimierung der Lebensqualität der PatientInnen, Angehörigen und Freunden erzielt wird« (Katschnig et al. 2003, 12). Die Evaluation des Psychiatrieplans 1995 wurde damit zum NÖ Psychiatrieplan 2003.

31

Der Evaluation wurden 12 Leitlinien vorangestellt (ebd., 24f.):

- 1.** Personenzentrierung, Bedürfnisorientierung und Lebensqualität an Stelle von Institutionenorientierung
- 2.** Lebensfeldzentrierung
- 3.** Regionalisierung und Versorgungsverpflichtung für die Region
- 4.** Kontinuität und Zuverlässigkeit der Betreuung
- 5.** Schwerpunktverlagerung von der stationären auf die teilstationäre, ambulante und komplementäre Versorgung
- 6.** Integration der psychiatrischen Versorgung in das System der allgemeinen Gesundheits- und Sozialversorgung
- 7.** Subsidiaritätsprinzip – Zusammenspiel zwischen privatem Sektor und öffentlicher Absicherung von privat nicht abgedeckten Behandlungs- und Betreuungsbedürfnissen sowie der Vorrang von verfügbaren Hilfen aus dem allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystem vor spezifischen psychiatrischen Hilfen
- 8.** Beteiligung aller relevanten Interessensgruppen – der professionellen HelferInnen, der Angehörigen und der Betroffenen – am Planungsprozess
- 9.** Ressourcenprioritäten – 1. Personal, 2. Transport/Kommunikation, 3. Gebäude
- 10.** Neues Finanzierungsmodell – regionales Psychiatriebudget und »Personalbudget«
- 11.** Qualitätssicherungsmaßnahmen auf der Grundlage dieser Leitlinien
- 12.** Strukturelle Verankerung der Versorgungsplanung und -koordination – Psychiatriebauftragter, Psychiatrieplanungsagentur und regionaler psychiatrischer Verbund

Die Aufgaben der Psychiatrieplanungsagentur wurden vom NÖGUS-Soziales übernommen, wobei in der Evaluation »eine möglichst kostenschonende Versorgungssteuerung« (die eigentliche Kernaufgabe des Landesfonds) als problematisch hinsichtlich der qualitativen Versorgungsentwicklung gesehen wurde (vgl. ebd., 38).

2.1. Teil A: Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen

Zur Realisierung des Grundsatzes der Gemeindenähe und damit der Regionalisierung der Versorgung war eine klare geografische Planung erforderlich. In der Evaluation wurden dazu sieben Psychiatrieregionen (je zwischen 150.000–300.000 EinwohnerInnen) vorgeschlagen: Mostviertel, Waldviertel, Weinviertel, Mitte Nord, Mitte Süd, Therme Nord und Bucklige Welt. Damit sollten für 95 % der Bevölkerung psychiatrische Dienste im Regionalen Zentrum für Seelische Gesundheit (RZSG) innerhalb von 60 Minuten zu erreichen sein (vgl. Katschnig et al. 2003, 40). Die Versorgung sollte einer stufenweisen Logik folgen: Auf der Ebene der politischen Bezirke (Bezirks- oder Sektorebene) würde die ambulante und mobile Grundversorgung (»im Lebensfeld«) für akute und für relativ stabile Probleme erbracht werden. Auf der nächsten Stufe, der Regionalebene, würde die stationäre und teilstationäre psychiatrische Versorgung von PatientInnen mit akuten Erkrankungen und Krisenintervention geleistet werden. Schließlich sollte auf überregionaler Ebene Hilfe für »Spezialbereiche« erfolgen (vgl. ebd., 73).

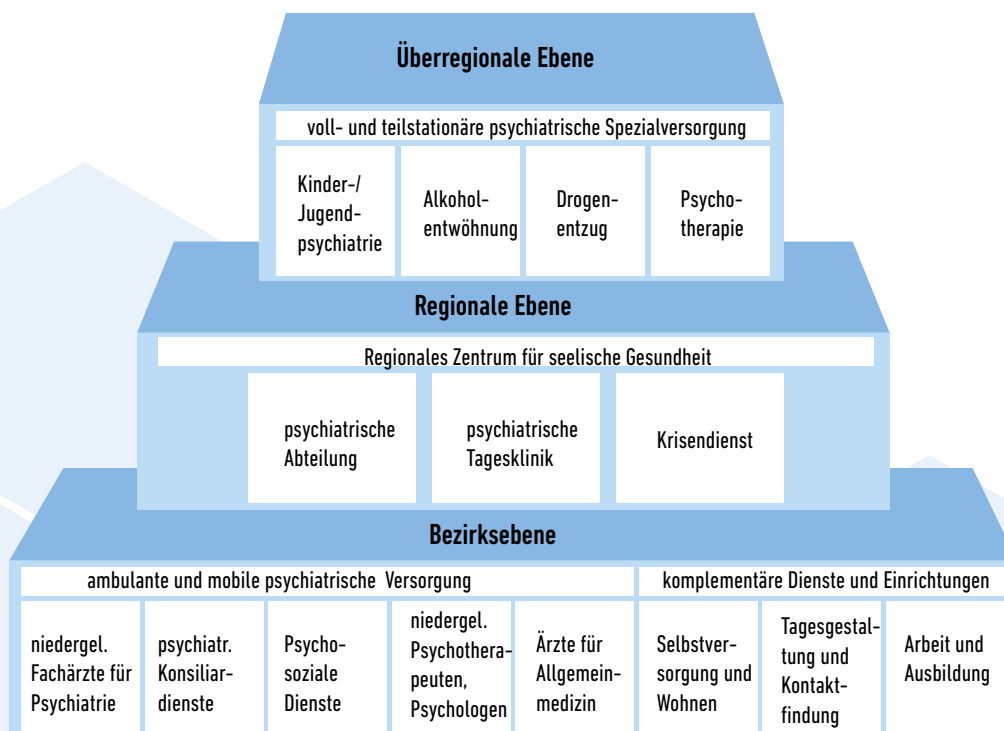


Abbildung 1: Versorgungsangebote auf Bezirks-, regionaler und überregionaler Ebene⁹
Katschnig et al. 2003, 109

⁹ Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist allerdings nicht (mehr) als Spezialbereich (Sonderfach) der Erwachsenen-Psychiatrie zu sehen, sondern als eigenes Fachgebiet.

2.2. Teil B: Die regionale psychiatrische Grundversorgung

AMBULANTE UND MOBILE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG¹⁰

Auf Bezirksebene sollten ambulante und mobile (also »aufsuchende«) Dienste die Versorgung nahe an der Bevölkerung abdecken (vgl. Katschnig et al. 2003, 192):

- Niedergelassene PsychiaterInnen
- Konsiliarpsychiatrische Versorgung von PatientInnen in Allgemeinkrankenhäusern
- Psychosoziale Dienste für Erwachsene einschließlich alter Menschen
- Niedergelassene PsychotherapeutInnen sowie Klinische- und GesundheitspsychologInnen
- ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, mit und ohne PSY-Diplom
- Nicht-psychiatrische FachärztInnen, mit und ohne PSY-Diplom
- Andere Beratungsstellen jeder Art (einschließlich Alkohol, Drogen)
- Soziale Dienste (Heimhilfe, Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern, psychosoziale Begleitung der Sozialdienste, AltenbetreuerInnen etc.)

KOMPLEMENTÄRE DIENSTE UND EINRICHTUNGEN

» Diese Hilfen sind in erster Linie, aber nicht nur, für Personen mit komplexen psychiatrischen Beeinträchtigungen vorgesehen. Damit sind erwachsene, inklusive alte Personen gemeint, die ihre psychisch bedingten Behinderungen und sozialen Handicaps weder selbstständig noch mit dem ihnen verfügbaren Angebot an ambulanten fachärztlichen und/oder psychotherapeutischen Hilfen bzw. anderen nicht psychiatrischen, privat und professionell organisierten sozialen Hilfen in ihrem Lebensfeld bewältigen können. [...] folgende Prinzipien werden verfolgt:

- Förderung der Teilhabe am normalen gesellschaftlichen Leben
 - Sicherstellung einer personenzentrierten Unterstützung
 - Wohnortkonstanz
 - Längerfristigkeit der Unterstützung bei fluktuierender Intensität des Bedarfes
 - Verbesserung der Lebensqualität durch Förderung von Selbstbestimmung, Partizipation und Empowerment
 - Flexibilisierung und Deinstitutionalisierung der professionellen Hilfen.
- (Katschnig et al. 2003, 299)

Dazu zählen:

- Selbstversorgung und Wohnen
- Tagesstruktur und Kontaktfindung
- Arbeit und Ausbildung

DAS REGIONALE ZENTRUM FÜR SEELISCHE GESUNDHEIT

Das Regionale Zentrum für seelische Gesundheit »ist in gewisser Weise das Rückgrat der psychiatrischen Versorgung« in jeder der sieben Psychiatrieregionen und sollte eine akut-psychiatrische Bettenabteilung, Tageskliniken (am Standort der Bettenabteilung und disloziert in der Region) sowie einen telefonischen, ambulanten und mobilen Krisendienst unter einer ärztlichen Leitung umfassen (vgl. Katschnig et al. 2003, 112).

¹⁰ Daten zur tatsächlichen Versorgung im Jahr 2003 aus dem Bericht von Katschnig et al. 2003 sowie zu den konkreten Empfehlungen zur Bedarfsplanung aus ebendiesem, finden sich in diesem Bericht beim jeweiligen Unterpunkt im Unterkapitel »Angebot und Nutzung psychiatrischer Versorgung in Niederösterreich«.

2.3. Teil C: Die überregionale Spezialversorgung

Die psychiatrische Spezialversorgung, welche die Bereiche Kinder und Jugend¹¹, Sucht und Psychotherapie umfasst, sollte in überregionalen »Kompetenzzentren« erfolgen, die jeweils über eine stationäre Bettenstation, Tagesklinikplätze und Ambulanzen verfügen. Diese Bereiche sollten überregional geregelt werden, was folgendermaßen begründet wird:

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

(Katschnig et al. 2003, 486)

2.4. Teil D: Umsetzungsstrategien

34

PLANUNG, STEUERUNG, KOORDINATION DER VERSORGUNG

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

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

(Katschnig et al. 2003, 532)

Zentraler Ansatzpunkt war die ganzheitliche Integration der einzelnen Versorgungseinheiten, um eine Entwicklung hin zum kundInnenorientierten Dienstleistungssektor, »der seine Angebotspalette an eine sich verändernde Nachfrage auszurichten hat und seine Leistungen kundInnengerecht anbietet und verteilt« (ebd., 535), zu bewerkstelligen. »Eine institutionenübergreifende integrierte Behandlungsplanung mit standardisierter Dokumentation [...] fehlt bislang.« (ebd., 546)

11 Wie bereits angemerkt, ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie ein eigenes Fachgebiet.

Katschnig et al. (2003, 548-554) empfahlen im Sinne des personenzentrierten Ansatzes, die Steuerungs- und Koordinations-Strukturen von »top-down« zu »bottom-up« weiterzuentwickeln, sodass »die Hilfebedarfe auf der Klienten-Versorgungsebene die Grundlage für Kooperations- und Steuerungsmaßnahmen auf den übergeordneten Ebenen liefern sollten.« Dabei sollten auf KlientInnenebene PSD-Fallkonferenzen zur individuellen Problemanalyse und Hilfeplanung dienen und auf der Institutionenebene eine Sektorenkonferenz mit MitarbeiterInnen aus allen versorgungsrelevanten Diensten und Einrichtungen (inkl. VertreterInnen der Betroffenen und Angehörigen) die Auswahl und Zusammenstellung der individuell benötigten Hilfeangebote optimieren. Auf der Steuerungsebene sollte eine Regionalkonferenz aus VertreterInnen aller relevanten Interessensgruppen (Regionaler Psychiatrischer Verbund, RPV) in regelmäßigen Abständen zusammenkommen, um die bestehende Vielfalt an Teilprozessen zu einer operativen psychiatrischen Versorgungssteuerung zusammenfließen zu lassen. Informationen würden dann an die Psychiatrieplanungsagentur weitergegeben.

»» In dieser Psychiatrieplanungsagentur sollten im Sinne eines Kompetenz- und Servicezentrums alle Bedarfs- und Angebotsdaten in vernetzten Datenbanken gesammelt werden und für regionale Detail- und Umsetzungsplanungen zur Weiterentwicklung und Optimierung der psychiatrischen Versorgung aufbereitet werden. Auf diese Weise sind Begleitevaluationen von Modellprojekten und eine kontinuierliche Globalevaluation der planmäßigen Umsetzung des Psychiatrieplans prozessbegleitend und zeitgerecht möglich. ««
(Katschnig et al. 2003, 559)

FINANZIERUNG

Die Finanzierung der psychosozialen Versorgung war (und ist) getrennt in die Bereiche Gesundheit und Soziales, aber gerade bei psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen vermengen sich die Teilbereiche. Diese Leistungstrennung führe zu Dysfunktionalitäten und verhindere die angestrebte gemeindenähe Bedürfnis- und Personenorientierung.

»» Charakteristika der Versorgung als Folgewirkung der derzeitigen Finanzierung:

- Institutionszentrierte und angebotsorientierte Versorgung,
 - spitalszentrierte Versorgung,
 - Schnittstellenproblematik Gesundheit ↔ Soziales, ambulant ↔ stationär,
 - Finanzierungsmodi zergliedern die Versorgung,
 - unverbundenes ‚Nebeneinander‘ der einzelnen Elemente verhindert optimale Kooperation und Koordination,
 - Zentrierung auf einzelwirtschaftliche/betriebswirtschaftliche Rationalität der einzelnen Einrichtungen,
 - Anreiz zu Patientenselektion, Transferierungen, ‚Abschieben‘.
- (Katschnig et al. 2003, 614)

Um zu einer Finanzierung zu gelangen, die Gemeindenähe und Personenzentrierung ermöglicht, müssten folgende Kriterien eingehalten werden:

- »»
1. Integrierte Versorgung,
 2. Abbau der spitalszentrierten Versorgung,
 3. Ausgleich von Informationsasymmetrien und Akteursinteressen,
 4. bedarfsorientierte Versorgung,
 5. Effizienz,
 6. gleicher Zugang zu hoch qualitativen Leistungen.
- (Katschnig et al 2003, 615f.)

Katschnig et al. (2003) entwickelten fünf Finanzierungsmodelle: Status Quo Modell, NÖGUS-S Modell, NÖGUS Modell, Regionales S-Modell, Regionales Psychiatriebudget.

PERSONALENTWICKLUNG

Die Zielgruppe bildeten LeiterInnen und MitarbeiterInnen von Diensten und Einrichtungen sowie Personen, die aus beruflichen oder privaten Gründen mit psychiatrischen Fragestellungen konfrontiert sind.

- »» Es wird empfohlen, ein Curriculum (z.B. an der Donauuniversität Krems) für die systematische Aus-, Fort- und Weiterbildung anzubieten, das eine Palette von aufeinander abgestimmten Bildungsmodulen für die o.g. Zielgruppe enthält. Wichtig ist dabei ein ‚training on the job‘ als Leitlinie, da durch die Neuorganisation im Sinne der Gemeindenähe und der PatientInnenorientierung völlig neue Arbeitssituationen gegenüber den bisherigen institutionellen Arbeitssituationen entstehen. ««
(Katschnig et al. 2003, 639f.)

Es wird unterschieden zwischen Personalentwicklung:

- »into the job«: die Vorbereitung auf eine berufliche Tätigkeit (Erstausbildung, Einführungsprogramme und Praktika)
- »on the job«: alle Maßnahmen, die auf Weiterqualifizierung in der Arbeitstätigkeit abzielen (Erfahrungslernen gefördert durch qualifikationsfördernde Aufgabenstellungen, Anleitungen, Projektarbeiten, Supervision etc.) und
- »off the job«: Bildungs- und Entwicklungsmaßnahmen außerhalb des Arbeitsplatzes und/oder zeitlich getrennt von der Arbeitszeit (einrichtungsextern oder einrichtungsextern, Selbststudium). (vgl. ebd., 646)

- »» Die in der vorliegenden Evaluation empfohlene Personalplanung für den stationären und teilstationären psychiatrischen Krankenhausbereich auf Grundlage der deutschen Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ist als eine Abkehr vom einheitlichen Personalschlüssel für Betten zu verstehen. Mit der Differenzierung in Behandlungsbereiche, die sich am Behandlungsbedarf von definierten Patientengruppen orientieren, lässt sich ein erster Schritt weg von einer einrichtungszentrierten hin zu einer patientenzentrierten Personalplanung vollziehen. ««
(Katschnig et al. 2003, 656)





3



3. Bericht des Landesrechnungshofs 16/2012

ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG

Der Landesrechnungshof (LRH) Niederösterreich überprüfte 2012 die Grundlagen der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Niederösterreich mit dem Ziel, »die Planung, Steuerung und Finanzierung der psychiatrischen Versorgung im Gesundheitssystem, im Sozialsystem und an deren Nahtstellen zu überprüfen« (LRH 2012, 1). Dabei wurde auch mehrfach auf die Umsetzung des aus der Evaluation des NÖ Psychiatrieplans 1995 hervorgegangenen Psychiatrieplans 2003 (Katschnig et al.) verwiesen, dessen wesentlichen Neuerungen die Regionalisierung und der Stufenplan der psychiatrischen Versorgung darstellten (vgl. LRH 2012, 10).

- »» Mit dem Psychiatrieplan 2003 standen dem NÖGUS für die Umsetzung der überregionalen voll- und teilstationären psychiatrischen Spezialversorgung und den regional angesiedelten psychiatrischen Akutabteilungen und Tageskliniken nachvollziehbare Grundlagen zur Verfügung. Die Empfehlungen für die ambulanten, mobilen und komplementären Dienste, den Krisendienst sowie die Basiskonzepte für die alternativen Finanzierungsmodelle sollten zunächst erprobt werden. Daher beschloss die Fondsversammlung des NÖGUS diese Teile der psychiatrischen Versorgung im Rahmen von zweijährigen Pilotversuchen in drei Modellregionen mit insgesamt rund 435.000 Einwohnern auf Zweckmäßigkeit, Realisierbarkeit und Finanzierbarkeit zu prüfen: Modellregion Weinviertel, [...] Modellregion Industrieviertel, [...] Modellregion Mostviertel. [...] Die Pilotversuche sollten Erkenntnisse über die tatsächlichen Kosten und die Umsetzbarkeit für eine landesweite Ausrollung bis Ende 2005 erbringen. (LRH 2012, 14) ««

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Umsetzungsprojekte zum Teil nicht gestartet wurden bzw. innerhalb des geplanten Zeitraums nicht die erwarteten Ergebnisse lieferten.¹² Damit fehlten wesentliche Daten für die weitere Umsetzung des Psychiatrieplans 2003.

» Weilers wurden die Basiskonzepte für die alternativen Finanzierungsmodelle nicht im erforderlichen Umfang analysiert. Dem NÖGUS fehlten dadurch wichtige Grundlagen zur weiteren Planung, Steuerung und Umsetzung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Niederösterreich. (LRH 2012, 17)

Erschwerend kam hinzu, dass der NÖGUS in der entscheidenden Phase im Jahr 2005 umstrukturiert wurde. Die operativen Aufgaben und die Umsetzung in den einzelnen psychiatrischen Versorgungsbereichen fielen in die Verantwortung der zuständigen Abteilungen (GS5 *Abteilung Soziales* und GS7 *Abteilung Landeskrankenhäuser und Landesheime*) des Amtes der NÖ Landesregierung (vgl. ebd., 14).

Im Jahr 2011 wurde der Psychosoziale Dienst neustrukturiert, um die Enthospitalisierung weiter voranzutreiben. Darüber hinaus wurden folgende Ziele verfolgt:

» Die Neustrukturierung des Psychosozialen Dienstes im Jahr 2011 verfolgte die Trennung seiner Aufgaben in gesundheits- und sozialbezogene Leistungen sowie die Mitfinanzierung der gesundheitsbezogenen Leistungen durch die Krankenversicherungsträger. Weitere Ziele waren, für die beiden Trägerorganisationen (Caritas der Diözese St. Pölten und Psychosoziale Zentren GmbH) einen einheitlichen Leistungskatalog mit Qualitätskriterien¹³ sowie eine einheitliche Vorgehensweise und Dokumentation zu erreichen. [...] Weiters war beabsichtigt, die Kooperation zwischen sämtlichen psychiatrischen Versorgungsstrukturen im Gesundheits- und Sozialbereich und dem Psychosozialen Dienst zu verbessern. (LRH 2012, 30)

Im Rechnungshofbericht werden darüber hinaus folgende Punkte kritisiert:

- Der Psychiatrieplan wurde seit 2003 nicht mehr evaluiert.
- Die angestrebte Vernetzung des Psychosozialen Dienstes mit den niedergelassenen Ärzten ist nicht erfolgt. Die Vernetzung mit den Krankenhäusern (Verbindungsdienst) wurde hingegen im Zuge der Neustrukturierung des PSD etabliert (vgl. ebd., 20).
- Zur Umsetzung des Regionalen Strukturplans Gesundheit Niederösterreich 2015 (zur Deckung des Bedarfs an Krankenhausbetten, Tagesklinikplätzen und FachärztInnen), bedarf es einer Novellierung des NÖ Krankenhausgesetzes (vgl. ebd., 23f.)¹⁴.
- Für den Sozialbereich (Hilfe zur sozialen Eingliederung und Hilfe zur sozialen Betreuung und Pflege) fehlt es an einer gesamthaften Planung der Versorgungsstrukturen im Sinn des NÖ Psychiatrieplans¹⁵ (vgl. ebd., 27f.).

12 »Die Krisendienste konnten in allen drei Modellregionen aus personellen und organisatorischen Gründen nicht erprobt werden. Der Konsiliardienst in Korneuburg/Stockerau wurde auf Grund des geringen Interesses des Klinikums nicht gestartet. Das Projekt Tagesklinik in der Modellregion Industrieviertel wurde abgebrochen, weil erforderliche Daten nicht zur Verfügung gestellt wurden. In der Modellregion Mostviertel wurde das Projekt Tagesklinik aus betriebsorganisatorischen Gründen eingestellt. Die Wohnbetreuung und die Hilfen in der Tagesstruktur sowie im Arbeitsbereich wurden im Zuge der Umsetzungsprojekte als Leistungen des Psychosozialen Dienstes definiert. Für den geplanten Vollausbau erforderte dies eine Neuausrichtung des Psychosozialen Dienstes, mit dem erst im März 2005 begonnen wurde. Eine genaue Kalkulation der Eckkosten für die Leistungserweiterung des Psychosozialen Dienstes konnte in keiner der Modellregionen erfolgen, weil die Abrechnungen der Trägerorganisationen nicht zur Verfügung standen. Die Erprobung der Neuausrichtung des Psychosozialen Dienstes wurde daher bis Ende 2006 verlängert.

Für die Erstellung eines regionen- und personenbezogenen Psychiatriebudgets standen Daten der Krankenversicherungsträger für den niedergelassenen Bereich nicht zur Verfügung.« (LRH 2012, 16f.)

13 Beide Trägerorganisationen hatten gemeinsam schon zuvor einen einheitlichen Leistungskatalog und Qualitätskriterien entwickelt (Klausur 2014).

14 Für den niedergelassenen Bereich liegen Zahlen für 2014 vor. Die Anzahl an FachärztInnen mit Kassenvertrag (18) unterschreitet die Empfehlung aus der Evaluation 2003 (52) deutlich.

15 »Mit der Neustrukturierung des Psychosozialen Dienstes durch die Abteilung Soziales GS5 im Jahr 2011 und den damit festgelegten Ausbauplänen auf der Basis von Erhebungen aus dem Jahr 2010 erfolgte ein wichtiger Planungsschritt. Wechselwirkungen mit ambulanten, stationären und teilstationären Einrichtungen, mit den Beschäftigungs- und Wohnformen sowie den Betreuungsstationen und Betreuungszentren in den Pflegeheimen wurden jedoch nicht berücksichtigt.« (LRH 2012, 28)

- »Der personenzentrierte Versorgungsansatz einerseits und die auf Gesundheits- und Sozialsystem verteilte Planung und Abwicklung der psychiatrischen Versorgung andererseits erforderten eine enge Abstimmung und Zusammenarbeit zwischen dem NÖGUS und den zuständigen Abteilungen des Amtes der NÖ Landesregierung, um durch eine gesamthafte Planung und Abwicklung eine allfällige Unter-, Über- oder Fehlversorgung zu vermeiden. Der Landesrechnungshof vermisste Strukturen, die insgesamt eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung der Patienten bzw. Klienten durch beide Systeme wirtschaftlich sowie zweckmäßig unterstützen. Er empfahl daher entsprechende Kooperationsstrukturen aufzubauen.« (LRH 2012, 34)

4



4. Sozialstruktur der niederösterreichischen Bevölkerung

Im Regionalen Strukturplan NÖ 2015 werden die fünf niederösterreichischen Versorgungsregionen NÖ Mitte, Waldviertel, Weinviertel, Thermenregion und Mostviertel als Referenzgebiete für die Strukturierung des Bedarfs herangezogen. Um dieser Einteilung Rechnung zu tragen und sowohl die Darstellung des IST-Standes, als auch jene des Bedarfs in einen Rahmen zu setzen, folgt eine knappe Beschreibung der Sozialstruktur der fünf Regionen anhand ausgewählter Parameter. Als Referenz dienen Zahlen für Niederösterreich bzw. Österreich. Darüber hinaus wurden bereits im NÖ Psychiatrieplan 1995, dem Prinzip der Lebensfeldnähe Rechnung tragend, sieben Psychiatrieregionen definiert. Dabei wurden die beiden bevölkerungsreichsten Regionen, die Thermenregion (im Bericht Katschnig et al. 2003 »Industrieviertel«) und NÖ Mitte geteilt (vgl. Katschnig et al. 2003, 49ff.).¹⁶

¹⁶ Thermenregion (Industrieviertel): Sektor Thermenregion (Mödling, Bruck/Leitha, Schwechat und Baden) und Sektor Bucklige Welt (Neunkirchen, Wiener Neustadt Stadt und Land);
NÖ Mitte: NÖ Mitte Nord (Tulln, Wien Umgebung, Klosterneuburg, Krems Stadt und Land) und NÖ Mitte Süd (St. Pölten Stadt und Land und Lilienfeld).

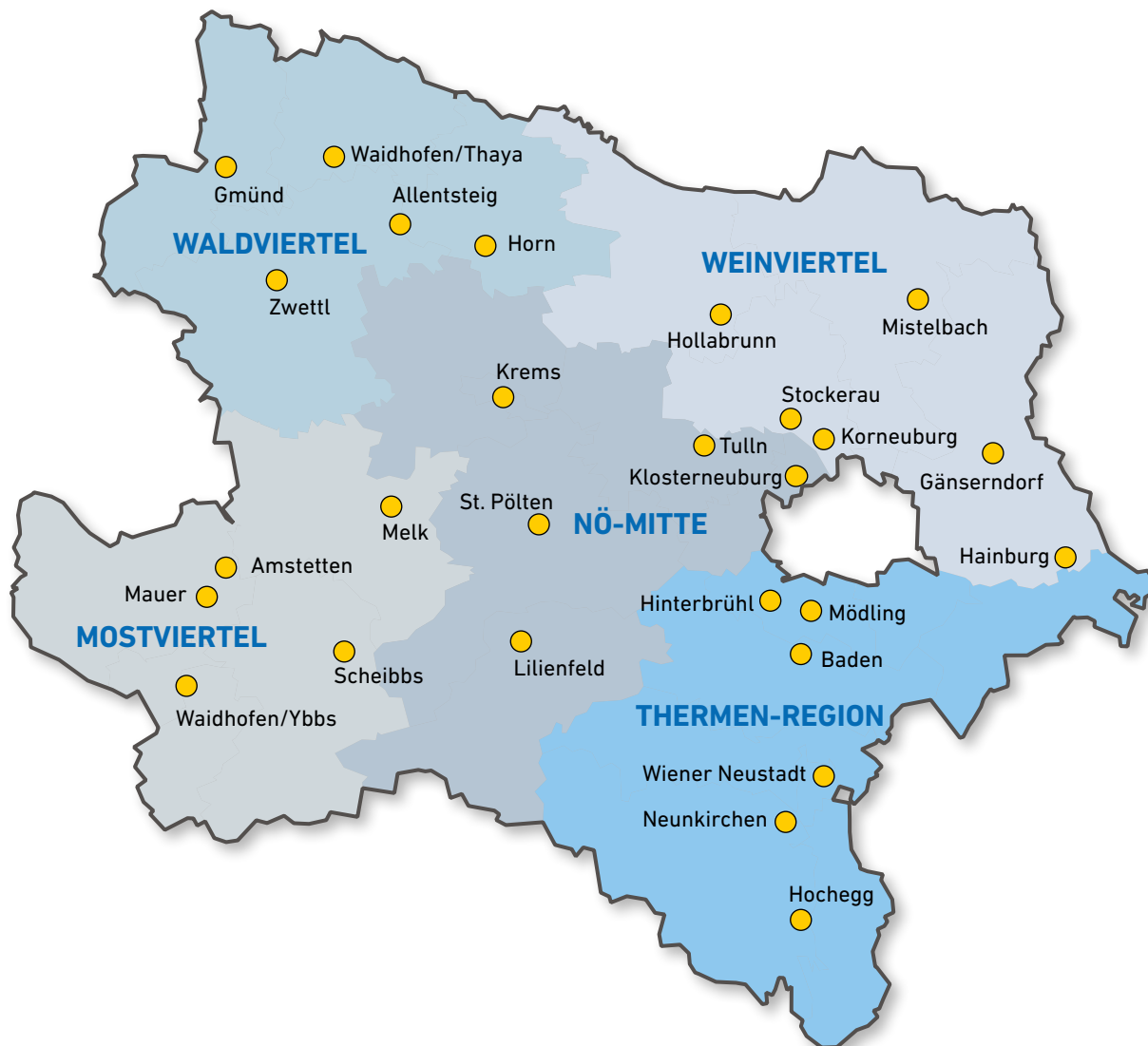


Abbildung 2: Fünf Versorgungsregionen in Niederösterreich inkl. Klinikstandorte Landeskliniken-Holding 2014a

REGIONALPORTRAITS – DIE FÜNF VERSORGUNGSREGIONEN IM BLICK

Dabei zeigt sich, dass alle fünf Regionen eine ähnliche Größe aufweisen (zwischen 3.355,29 km² – Mostviertel und 4.237,39 km² – Weinviertel), sich aber in Einwohnerzahl und Besiedlungsdichte erheblich unterscheiden. Die bevölkerungsreichste Region mit der höchsten Besiedlungsdichte (547.664 EinwohnerInnen; 140 EW/km²) ist die Thermenregion, wo etwa viermal so viele Menschen leben als im nahezu gleich großen Waldviertel (139.436 EinwohnerInnen; 38EW/km²). Das Waldviertel weist mit 21,3 % auch den höchsten Anteil an über 65-Jährigen in Niederösterreich auf (gesamt sind es in Niederösterreich 18,7 %). Die höchste Arbeitslosenquote findet sich in der Thermenregion (7,3 %), die niedrigste im Mostviertel (4,5 %).¹⁷

Eine Besonderheit stellt der Bezirk Gänserndorf dar, da seine stationär-psychiatrische Versorgung in die Zuständigkeit von zwei Regionen fällt: Tulln (Mitte Nord) und Hollabrunn (Weinviertel).

¹⁷ Daten auf Bezirksebene befinden sich im Anhang.

Versorgungsregion	Einwohner Innen 2001 ¹⁸	Einwohner Innen 2012	Zu- & Abnahme in %	Fläche EW/ km ² 2012	Anteil <15 Jahre (%)	Anteil 16-65 Jahre (%) ¹⁹	Anteil >65 Jahre (%)	Arbeits- losen- quote (%) ¹⁹	
Mitte Nord	192.669	205.769	6,8	1.873,98	110	14,5	66,2	18,4	5,5
Mitte Süd	169.514	174.884	3,2	2.163,16	81	14,8	66,4	18,8	6,9
Mitte gesamt	362.183	380.653	5,1	4.037,14	94	14,7	66,7	18,7	6,2
Waldviertel	146.282	139.436	-4,7	3.639,72	38	13,4	65,2	21,3	6,7
Weinviertel	287.483	305.723	6,3	4.237,39	72	14,3	67,3	18,4	5,9
Sektor Thermenregion	317.090	345.789	9,1	1734,32	199	14,8	66,7	18,5	7,2
Sektor Bucklige Welt	195.305	201.875	3,4	2.183,43	92	14,5	66,5	19,0	7,4
Thermenreg. gesamt	512.395	547.664	6,9	3.917,75	140	14,7	66,6	18,7	7,3
Mostviertel	237.461	240.979	1,5	3.355,29	72	15,9	66,8	17,3	4,5
NÖ gesamt	1.545.804	1.614.455	4,4	19.186,26	84	14,7	66,6	18,7	7,1
Österreich gesamt	8.042.293	8.426.311	4,8	83.878,99	100	14,6	67,6	17,8	7,0

Tabelle 3: Sozialstruktur der fünf Gesundheitsversorgungsregionen

Einwohnerzahlen 2001: Volkszählung 2001 (Katschnig et al. 2003, 47 und 50f.)

Einwohnerzahlen 2012: Statistik Austria 2014 und Arbeitslosenquote aus 2012: AMS 2014

Altersverteilung aus Registerzählung 2011 (Statistik Austria 2014)

18 Die Einwohnerzahlen für das Jahr 2001 galten als Grundlage für die Evaluation 2003 (Katschnig et al. 2003, 47).

19 Arbeitslosenquote: Arbeitslose in % vom Arbeitskräftepotential (= Arbeitslose + unselbständig Beschäftigte) (vgl. AMS 2014).



5. Angebot und Nutzung psychiatrischer Versorgung in Niederösterreich

Die Unterteilung in psychiatrisch-medizinischen und sozialpsychiatrischen/psychosozialen Bereich spiegelt gleichzeitig die Finanzierung über das Gesundheitssystem (SV-Beiträge) und über das Sozialsystem (Steuerleistungen) wider. Dementsprechend liegen Gesetzgebung und Vollziehung beim Bund oder dem Land Niederösterreich.

Der Bereich der Forensischen Psychiatrie wurde in dieser Evaluation nicht berücksichtigt.

Des Weiteren konnte aufgrund einer unzureichend vorhandenen Datenlage die Versorgung von PatientInnen/Betroffenen/Menschen mit Beeinträchtigungen in Wien nicht in den Blick genommen werden.

Für den stationären Bereich liegen hier zwar Daten vor, diese sind aber für die Gesamtdarstellung (inkl. der Langzeit- bzw. speziellen Bereiche wie Abhängigkeitserkrankungen, Rehabilitation etc.), für eine Beurteilung und qualitativ ausreichende Evaluation derzeit als Grundlage nicht zufriedenstellend verwertbar. Anders ist es für den außerstationären Bereich, hier liegen keinerlei Daten vor. Da besonders im grenznahen Gebiet NiederösterreicherInnen Angebote der Stadt Wien nutzen, wäre eine bundeslandübergreifende Dokumentation sinnvoll und notwendig, um eine valide und gesamthafte Darstellung sowie Planung zu ermöglichen.

5.1. Psychiatrisch-medizinischer Bereich

Als psychiatrisch-medizinischer Bereich sollen in weiterer Folge all jene Einrichtungen und Hilfen bezeichnet werden, die auf eine Behandlung und Verbesserung der psychischen Funktionen der PatientInnen abzielen. Eine strikte Trennung ist hier allerdings nicht möglich, da etwa auch der PSD, der nachfolgend unter sozial-psychiatrischen/psychosozialen Angeboten dargestellt wird, psychiatrisch-medizinische Leistungen erbringt.

5.1.1. Psychiatrische Abteilungen der Landeskliniken

BETREUUNGS- UND BEHANDLUNGSKAPAZITÄTEN DER NÖ LANDESKLINIKEN

Von den 27 Standorten der Niederösterreichischen Landeskliniken gibt es an sechs eine eigene Abteilung für Erwachsenenpsychiatrie. Damit ist auch jede der fünf Versorgungsregionen abgedeckt und sechs der sieben Psychiatrieregionen. Die Region Mitte Süd (St. Pölten Stadt/Land und Lilienfeld) wird nach wie vor vom Landeskrankenhaus Mauer aus versorgt. Eine psychiatrische Abteilung in St. Pölten ist in Planung (40 stationäre Betten und 20 Tagesklinikplätze). Bis 2020 soll der Vollbetrieb erfolgen.²⁰

Der Evaluation aus dem Jahr 2003 (Katschnig et al., 122) ist zu entnehmen, dass im Jahr 2003 in Niederösterreich insgesamt 374 psychiatrische Akutbetten (exkl. Alkoholentzug und Kinder- und Jugendpsychiatrie) vorhanden waren. Geplant und durch den Ständigen Ausschuss des NÖGUS im Jahr 2003 beschlossen wurden »für ganz Niederösterreich 320-340 Betten in sieben regionalen psychiatrischen Abteilungen sowie 255-295 Tagesklinikplätze an 16 Standorten« (ebd., 130).

Der geplante umfassende Ausbau der Tagesklinikplätze erfolgte aufgrund der international zunehmenden Bedeutung von derartigen »intermediären« Einrichtungen im Gesundheitswesen und verfolgt die Zielsetzungen

48

» [...] der ‚Frührehabilitation‘, mit der stationäre Aufenthalte abgekürzt und die PatientInnen in dieser ‚Übergangseinrichtung‘ auf die Entlassung vorbereitet werden. [...] In Fällen von Zuspitzungen von seelischen Problemen, die ansonsten eine stationäre Aufnahme notwendig machen würden, kann eine Tagesklinik als Zwischenglied zwischen rein ambulanter und vollstationärer Behandlung auch in Krisen- und Notfallsituationen eingesetzt werden. Damit kann es vielfach gelingen, vollstationäre Aufnahmen zu vermeiden. « (Katschnig et al. 2003, 139)

Zum Zeitpunkt der Evaluation 2003 gab es in Niederösterreich lediglich das tagesklinische Angebot der Abteilung für Rehabilitation und Langzeitpsychiatrie an der Landesnervenklinik Mauer.

Nur ein Teil dieser Empfehlungen wurde umgesetzt. Besonders groß ist die Diskrepanz zwischen 2003 empfohlenen und 2012 tatsächlich bestehenden Tagesklinikplätzen, da lediglich ca. 30 % der geplanten Plätze mittlerweile vorhanden sind.

²⁰ Derzeit erfolgt eine regelmäßige psychiatrische Versorgung über einen ärztlichen Konsiliardienst aus dem Landeskrankenhaus Tulln.

Region	Standort	Betten IST 2003	Betten SOLL 2003	Betten IST 2012	Tages- klinik SOLL 2003	Tages- klinik IST 2012	Gesamt SOLL 2003	Gesamt IST 2012	Gesamt RSG NÖ exkl. Sucht	Plan RSG NÖ	IST 2014	ABW.
Mitte	Tulln	184 ²¹	60 (+30*)	60 ²² (+28*)	30	15	90 (+30*)	75 (+28*)	170	170	99	-71
	St. Pölten	0	30	0	30	0	60	0				
	Gesamt	184	90 (+30*)	60 (+28*)	60	15	150 (+30*)	75 (+28*)	170	170	99	-71
Waldviertel	Waidhofen/ Thaya	29	30	45	30	10	60	55	60	60	55	-5
Weinviertel	Hollabrunn ²³	31	50	51	45	20	95	71	105	105	71	-34
Thermenregion	Baden	0	60	60	50-80	15	110-120	75	175	175	134	-41
	Neunkirchen	30	30-50	44	30-40	15	70-80	59				
	Gesamt	30	90-110	104	80-120	30	180-200	134	175	175	260	-80
Mostviertel	Mauer	100	60	76 ²⁴ (+58*)	40	10	100	86 (+58*)	130	220	296	+76
NÖ	Gesamt	374	290-310 (+30*)	336 (+86*)	255-295	85	585-605 (+30*)	421 (+86*)	640	730	655	-75

Tabelle 4: Bettenstand SOLL 2003, IST 2012 und Landeskliniken mit psychiatrischen Abteilungen exklusive stationärer Psychotherapie – in Klammer gesetzt

Daten für Bettenstand 2012: Abfrage Landeskliniken-Holding

Planbetten 2015 laut RSG NÖ 2015

IST und SOLL 2003 aus Katschnig et al. 2003, 123f. und 129

* überregionaler Versorgungsauftrag

In der Versorgungsplanung des Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2012, 17) ist für den Bereich Erwachsenenpsychiatrie (Planungshorizont 2020) ein Minimum von 0,34 und ein Maximum von 0,57 Betten/Plätze pro 1.000 EinwohnerInnen vorgesehen (inkl. Tagesklinikplätze). In Niederösterreich gibt es 422 Betten (336 Akutbetten und 86 Betten für stationäre Psychotherapie) für allgemeine Erwachsenenpsychiatrie und 82 Tagesklinikplätze. Insgesamt gibt es also 504 versorgungswirksame Betten/TK-Plätze. Wenn man den überregionalen Versorgungscharakter der 86 Betten der stationären Psychotherapie berücksichtigt, ergeben sich 418 Betten (inklusive Tagesklinik) für die psychiatrische Akutversorgung in NÖ. Daraus resultiert eine Versorgung von 0,26 Betten/Plätzen pro 1.000 EinwohnerInnen. Im regionalen Strukturplan Gesundheit für Niederösterreich (RSG NÖ) wird eine Aufstockung auf 730 Betten (inklusive Tagesklinikplätze und 90 geplante ABH Betten) angestrebt. Das würde eine Bettenmessziffer von 0,45 ergeben.

Das stationäre Angebot hat sich an die im RSG 2015 bis 31.12.2018 vorgegebenen Ziele angenähert, sie aber noch nicht zur Gänze erreicht.

Zusätzlich gibt es im Landeskrankenhaus Mauer eine »Psychiatrische Care-Station« für die Langzeitbehandlung und -pflege für psychiatrische PatientInnen (»Pavillon 15«) mit 20 Betten. Für diese PatientInnen sollten personensorientierte Konzepte für eine andere Art der Wohn- und Betreuungsunterstützung gefunden werden.

Aus dieser Darstellung wurde die Kinder- und Jugendpsychiatrie, als Sonderfach seit 2006, sowie die überregionale Spezialversorgung von Abhängigkeitserkrankungen (Katschnig et al. 2003) ausgenommen. Vollständigkeitshalber seien sie aber hier separat angeführt. Die stationäre Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gliedert sich, ausgehend von den drei Abteilungsstandorten, in drei Regionen.

21 2003 bestand die Landesnervenklinik Gugging noch. Diese wurde 2007 geschlossen.

22 Davon 60 Betten für Psychiatrie und 28 Betten für stationäre Psychotherapie.

23 Hier ist zu berücksichtigen, dass die Region Weinviertel hinsichtlich der akutenpsychiatrischen Versorgung geteilt ist, ein Teil wird vom LK Hollabrunn versorgt, der andere vom UK Tulln.

24 Davon sind 76 Betten für Psychiatrie und 58 Betten für stationäre Psychotherapie vorgehalten. Zu berücksichtigen ist, dass der Versorgungsauftrag für die Region Mitte-Süd (Bezirke St. Pölten Stadt/Land und Lilienfeld) derzeit von Mauer erfüllt wird. Zusätzlich gibt es im Landeskrankenhaus Mauer 20 Betten für Langzeit-Psychiatrie und 72 Betten für Forensik, die hier nicht berücksichtigt werden. Das entspricht der Darstellung in ÖSG und dem Bericht Planung Psychiatrie 2013 der Bundesgesundheitsagentur (vgl. Valady 2013).

Abteilung	Region	Standort	Betten Station 2012	Tagesklinik 2012	Gesamt SOLL 2003	Gesamt IST 2012	Plan RSG NÖ	BMZ ²⁵ tatsächl. Versorg.
Kinder- und Jugend- psychiatrie	Mitte	Tulln ²⁶	20	10	30-43	30	34	0,06
	Waldviertel	-	0	0	-	0	10	0
	Weinviertel	-	0	0	-	0	6	0
	Thermenregion	Baden-Hinterbrühl ²⁷	32	6	43-62	38	48	0,05
	Mostviertel	Mauer ²⁸	20	0	35-50	20	30	0,04
	NÖ Gesamt		72	16	108-155	88	128	0,05

Tabelle 5: Kinder- und Jugendpsychiatrie an den Landeskliniken, Bettenstand und BMZ

Daten für Bettenstand 2012: Abfrage Landeskliniken-Holding
 Daten für Thermenregion nach Rückmeldung bei Klausur 2014
 SOLL 2003 aus Katschnig et al. 2003, 129

Für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind im Planungshorizont bis 2020 zwischen 0,08 und 0,13 tatsächlichen Betten pro 1.000 EinwohnerInnen vorgesehen. Die tatsächliche niederösterreichische Bettenmessziffer von 0,05 für das Jahr 2012 liegt deutlich darunter. Die bundesweite Bettenmessziffer liegt mit 0,04 noch unter dem für Niederösterreich ermittelten Wert. Laut RSG NÖ ist eine Erweiterung auf 128 Betten/Plätze geplant, was eine BMZ von 0,08 ergeben würde (vgl. Valady 2013, 11f.).

Für den Bereich Abhängigkeitserkrankungen empfiehlt der ÖSG eine Bettenmessziffer von 0,16 Betten pro 1.000 EinwohnerInnen. Tatsächlich sind in Mauer 58 Betten verfügbar, wobei die Abteilung des Anton Proksch Instituts in Wien mit 60 Betten ebenfalls für NÖ versorgungswirksam ist.

INANSPRUCHNAHME STATIONÄRER UND TEILSTATIONÄRER LEISTUNGEN IN DEN NIEDERÖSTERREICHISCHEN LANDESKLINIKEN

Wie bereits angesprochen, verfügen sechs der 27 Standorte der Landeskliniken Niederösterreichs (LKNÖE) über eine psychiatrische Abteilung. Allerdings werden auch in anderen Kliniken Menschen mit psychiatrischen Diagnosen behandelt. Wie man der untenstehenden Tabelle über alle stationären und teilstationären Aufnahmen mit einer psychiatrischen Diagnose (F00-F79) entnehmen kann, leisten die Kliniken mit psychiatrischen Abteilungen, in denen rund 79 % aller Aufenthalte 2012 in ganz Niederösterreich verzeichnet wurden, den Hauptanteil der Versorgung. Des Weiteren können der untenstehenden Tabelle die Aufnahmen in stationäre und teilstationäre Behandlung an den LKNÖE als Raten, bezogen auf je 10.000 EinwohnerInnen (vgl. Katschnig et al. 2003, 125) der jeweiligen Versorgungsregion entnommen werden. Dabei zeigt sich die niedrigste Rate im Weinviertel (72,6 Aufnahmen/10.000 EinwohnerInnen) und die bei weitem höchste (216,2) im Mostviertel. Die überdurchschnittlich hohe Aufnahmequote im Mostviertel hängt mit dem Klinikum Mauer zusammen, das das größte und umfassendste Versorgungsangebot (inkl. Spezialversorgung) in Niederösterreich bietet und auch für die Versorgung von Mitte Süd (St. Pölten Stadt/Land sowie Lilienfeld) zuständig ist. Bezieht man die Bevölkerungszahlen von Mitte Süd mit ein, erhält man für das Mostviertel eine Aufnahmequote von 125,2.

25 BMZ = Bettenmesszahl – tatsächliche Betten pro 1.000 EinwohnerInnen nach tatsächlicher Versorgung. Es wurden die Bevölkerungsstände der Gebiete herangezogen, für die der Standort versorgungswirksam ist.

26 Versorgung von NÖ Mitte Nord und das Weinviertel

27 Hier wird auch das nördliche Burgenland (Eisenstadt und Umgebung, Mattersburg, Neusiedl am See, Oberpullendorf und Rust) mitversorgt.

28 Versorgung von NÖ Mitte Süd, Most- und Waldviertel

Region	Landeskrankenhaus	Anzahl Aufenthalte gesamt	Anteil KA ²⁹ je Versorg.-Region	Anteil KA gesamt an NÖ	Aufenthalte/ 10.000 EW
Mitte	Tulln³⁰	2.378	83,5	13,6	
	Klosterneuburg	64	2,2	0,4	
	Krems	173	6,1	1,0	
	St. Pölten	163	5,7	0,9	
	Lilienfeld	70	2,5	0,4	
	Gesamt	2.848	100,0	16,3	74,8 (127,1)³¹
Waldviertel	Waidhofen/Thaya	1.039	45,6	6,0	
	Eggenburg	606	26,6	3,5	
	Horn	175	7,7	1,0	
	Zwettl	291	12,4	1,7	
	Allentsteig	6	0,3	0,0	
	Gmünd	161	7,1	0,9	
	Gesamt	2.278	100,0	13,1	163,4
Weinviertel	Hollabrunn	1.774	79,9	10,2	
	Mistelbach-Gänserndorf	285	12,8	1,6	
	Stockerau	155	7,0	0,9	
	Korneuburg	7	0,3	0,0	
	Gesamt	2.221	100,0	12,7	72,6
Thermenregion	Baden	2.493	50,9	14,3	
	Hinterbrühl	260	5,3	1,5	
	Neunkirchen	1.436	29,3	8,2	
	Mödling	263	5,4	1,5	
	Hainburg	192	3,9	1,1	
	Hohegg	20	0,4	0,1	
	Wiener Neustadt	236	4,8	1,4	
	Gesamt	4.900	100,0	28,1	89,5
Mostviertel	Mauer	3.759	72,2	21,5	
	Amstetten	408	7,8	2,3	
	Melk	367	7,0	2,1	
	Scheibbs	409	7,9	2,3	
	Waidhofen/Ybbs	265	5,1	1,5	
	Gesamt	5.208	100,0	29,8	216,1 (125,2)³²
Gesamt		17.455			108,1

Tabelle 6: Aufenthalte mit psychiatrischen Diagnosen (ICD F00-F79) je Klinikstandort und Versorgungsregion
 Daten aus Abfrage Landeskliniken-Holding

Zur Häufigkeit von Diagnosen kann gesagt werden, dass affektive Störungen mit 27,4 % von allen Aufenthalten in Niederösterreich den weitaus größten Anteil ausmachen. Davon entfallen 27,2 % auf Depressionen³³. Die bundesweit für 2012 erhobenen Hauptdiagnosen von PatientInnen auf Psychiatrischen Abteilungen³⁴ ergab für Österreich ebenso die Gruppe der affektiven Störungen als am häufigsten gestellte Hauptdiagnose (29 %) (vgl. Valady 2003, 9). Bei den teilstationären Aufenthalten in Niederösterreich machten PatientInnen mit affektiven Störungen sogar nahezu die Hälfte aller Aufenthalte aus (48,8 %). Ein Fünftel aller PatientInnen (20,2 %) verbrachte aufgrund von Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen ihren Aufenthalt, davon drei Viertel aufgrund von Alkohol. Österreichweit waren es insgesamt 26 %. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen stellen durchgängig bei etwa 20 % der PatientInnen die Hauptdiagnose, österreichweit lediglich bei 12 %. In Österreich ist die Gruppe der Schizophrenie und schizotypen, wahnhaften Störungen die dritthäufigste mit 17 % (in NÖ 12,3 %).

29 Anteil der Aufenthalte je Krankenanstalt

30 Fettgedruckt sind jene Kliniken dargestellt, die über eine psychiatrische Abteilung verfügen.

31 In Klammer: Aufenthalte/10.000 Einwohner für die Region Mitte Nord

32 In Klammer: Aufenthalte/10.000 Einwohner für die Region Mostviertel inkl. Einwohner Mitte Süd.

33 Diese Diagnoseverteilung deckt sich mit den Daten, die im Klinikum Tulln durch Prim. Dr. Aigner erhoben wurden.

34 Verteilung nach Aufenthalten

Diagnosegruppe nach ICD ³⁵	Anzahl Aufenthalte gesamt	Anteil in %	Anzahl Patient. gesamt	Anteil in %	Anzahl Aufenthalte vollstat.	Anteil in %	Anzahl Aufenthalte teilstat.	Anteil in %
F00-F03 Demenz	1.542	8,8	1.398	9,8	1.512	9,5	30	1,9
F04-F09 Restl. organische, einschl. symptomatischer psy. Störungen	545	3,1	393	2,7	453	2,9	91	5,9
F0 Organische, einschließlich symptomatischer psy. Störungen (gesamt)	2.087	12,0	1.791	12,5	1.965	12,4	121	7,8
F10 Psy. Verhaltensstörungen durch Alkohol	2.609	14,9	2.136	14,9	2.600	16,4	7	0,5
F11-F19 Psychische und Verhaltensstörungen d. psychotrope Substanzen	925	5,3	828	5,8	921	5,8	4	0,3
F1 Psychische u. Verhaltensstörungen d. psychotrope Substanzen (gesamt)	3.534	20,2	2.964	20,7	3.521	22,2	11	0,7
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	2.141	12,3	1.503	10,5	1.893	11,9	226	14,6
F3 affektive Störungen	4.774	27,4	3.998	27,9	4.016	25,3	757	48,8
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	3.489	20,0	3.064	21,4	3.186	20,1	303	19,5
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körp. Störungen und Faktoren	252	1,4	215	1,5	239	1,5	13	0,8
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1.024	5,9	685	4,8	898	5,7	120	7,7
F7 Intelligenzminderung	154	0,9	92	0,6	152	1,0	-	-
Gesamt	17.455	100,0	14.312	100,0	15.870	100,0	1.551	100,0

Tabelle 7: Zahlen der Aufenthalte in den LKNOE nach psychiatrischen Diagnosen (ICD F00-F79)

Daten aus Abfrage Landeskliniken-Holding

In untenstehender Tabelle sind die Wiederaufnahmeraten innerhalb von 14 Tagen und einem Jahr in Niederösterreich dargestellt (eine detaillierte Tabelle inkl. Wiederaufnahmeraten für den teilstationären Bereich befindet sich im Anhang). Dabei zeigen sich hohe Wiederaufnahmeraten innerhalb von 14 Tagen bei Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (20,2 %) sowie bei Schizophrenie und schizotypen wahnhaften Störungen (18,8 %). Letztgenannte verzeichnen überdurchschnittlich hohe Wiederaufnahmeraten innerhalb eines Jahres (47 %), wobei hier die Raten bei Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie Intelligenzminderung noch höher sind (46,5 % bzw. 53,9 %).

Diagnosegruppe nach ICD ³⁶	Aufenthalte vollstationär	Wiederaufnahme innerhalb von 14 Tagen		Wiederaufnahme innerhalb von 1 Jahr	
		Wiederaufn. Vollstat.	% von vollst. Aufenth.	Wiederaufn. Vollstat.	% von vollst. Aufenth.
F00-F03 Demenz	1.512	81	5,4	231	15,3
F04-F09 Restliche organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	453	75	16,6	118	26,0
F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (gesamt)	1.965	156	7,9	349	17,8
F10 Psy. Verhaltensstörungen durch Alkohol	2.600	324	12,5	857	33,0
F11-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	921	55	6,0	295	32,0
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (gesamt)	3.521	379	10,8	1.152	32,7
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	1.893	355	18,8	890	47,0
F3 affektive Störungen	4.016	428	10,7	1.190	29,6
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	3.186	258	8,1	678	21,3
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körp. Störungen und Faktoren	239	31	13,0	65	27,2
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	898	181	20,2	418	46,5
F7 Intelligenzminderung	152	56	36,8	82	53,9
Gesamt	15.870	1.844	11,6	4.824	30,4

Tabelle 8: Wiederaufnahmen stationär/teilstationär LKNOE (ohne Forensik, ABH und stationäre Psychotherapie)

Daten aus Abfrage Landeskliniken-Holding

35 Hier werden alle Aufenthalte in den LKNOE berücksichtigt, nicht nur jene an Standorten mit psychiatrischen Abteilungen.

36 Hier werden alle Aufenthalte in den LKNOE berücksichtigt, nicht nur jene an Standorten mit psychiatrischen Abteilungen. Ebenso verhält es sich in Tabelle 9 bei den Belagsdauern.

Katschnig et al. (2003, 125) erhoben die durchschnittlichen Aufenthaltsdauern und hielten fest:

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der LNK Mauer betrug 1998 28,2 und 2001 21,0 Tage, in der LNK Gugging machte sie 1998 25,4 und 2001 26,3 Tage aus. In der sozialpsychiatrischen Abteilung Hollabrunn betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der während des ersten Betriebsjahres 1998 aufgenommenen psychiatrischen PatientInnen 13,4 Tage; im Vergleich dazu waren es 2001 18,5 Tage.

2012 ergibt sich für alle Aufenthalte mit psychiatrischen Diagnosen an den Landeskliniken in Niederösterreich ein Durchschnitt von 16 Belagstagen. Dabei sind auch »zeitintensive« Abteilungen wie etwa die stationäre Psychotherapie (in Mauer und Tulln) und die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen (Mauer) enthalten. Betrachtet man lediglich die Abteilungen für Erwachsenenpsychiatrie (ohne Forensik, ABH, Stationäre Psychotherapie, Tagesklinik), reduziert sich die durchschnittliche Belagsdauer auf 12 Tage (Detailanalysen finden sich im Anhang). Im Vergleich zu 2001 (21 bzw. 18,5 Tage) hat sich die Belagsdauer also wesentlich verkürzt.

Allgemein muss die Belagsdauer im Kontext der Verstärkung der Nachsorgemaßnahmen gesehen werden (Verbindungsdienst, PSD, Case Management, Tageskliniken etc.). Eine kurze Verweildauer im stationären Bereich ist dann unproblematisch (oder gar wünschenswert), wenn die Nachsorge entsprechend gestaltet ist. Der Evaluation sind hier Grenzen gesetzt, da die Werte alleine keinen Rückschluss auf die Qualität der Versorgung und die Nachsorge zulassen.

Diagnosegruppe nach ICD	Summe Belagstage	Anzahl der Aufenthalte	Ø Belagstage
F00-F03 Demenz	12.651	1.542	8,2
F04-F09 Restl. organische, einschl. symptomatischer psychischer Störungen	6.282	545	11,5
F0 Organische, einschließlich symptomatischer psy. Störungen (gesamt)	18.933	2.087	9,1
F10 Psy. Verhaltensstörungen durch Alkohol	27.281	2.601	10,5
F11-F19 Psychische und Verhaltensstörungen d. psychotrope Substanzen	12.181	933	13,1
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (gesamt)	39.462	3.534	11,2
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	62.429	2.141	29,2
F3 affektive Störungen	85.104	4.793	17,8
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	41.548	3.470	12,0
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körp. Störungen und Faktoren	6.383	252	25,3
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	23.068	1.024	22,5
F7 Intelligenzminderung	4.535	154	29,4
Gesamt	281.462	17.455	16

Tabelle 9: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den LKNOE nach Diagnosegruppen
Daten aus Abfrage Landeskliniken-Holding

Zur Altersverteilung kann gesagt werden, dass die verhältnismäßig größte Gruppe, die im Jahr 2012 aufgrund einer psychiatrischen Diagnose in einem niederösterreichischen Krankenhaus aufgenommen wurde, jene zwischen 40 und 49 war (20 %). Dagegen waren »nur« 7,8 % 60- bis 69-Jährige stationär oder teilstationär in einer Krankenanstalt. 53,9 % aller PatientInnen waren weiblich, 46,1 % männlich (Tabellen siehe Anhang).

5.1.2. Niedergelassener Bereich

FACH- UND ALLGEMEINMEDIZINERINNEN

Eine wesentliche Komponente der Versorgung bilden die niedergelassenen FachärztInnen und AllgemeinmedizinerInnen, wobei letztgenannten eine zentrale Rolle zukommt. Laut einer Studie des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (2011, 8) wurden 2009 68 % der Psychopharmaka von AllgemeinmedizinerInnen erstverschrieben, woraus geschlossen werden kann, dass häufig die Diagnose einer psychischen Erkrankung von AllgemeinmedizinerInnen erfolgt. Für Niederösterreich konnte festgestellt werden, dass 2012 56,6 % der von der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse bezahlten Psychopharmaka durch eine/n AllgemeinmedizinerIn (nur jene mit Kassenvertrag wurden berücksichtigt) erst-verordnet wurden, 10,7 % durch

eine/n Vertragsfachärztin/-arzt. Insgesamt bekamen 153.980 Personen Psychopharmaka verschrieben (103.563 Frauen und 50.417 Männer), die über die NÖGKK abgerechnet wurden.

Dabei muss berücksichtigt werden, dass die/der Hausärztin/-arzt für einen großen Anteil der Bevölkerung die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist, vor allem in ländlichen Gegenden, wo man längere Wegstrecken in Kauf nehmen müsste, um eine/n Fachärztin/-arzt zu konsultieren.

Katschnig et al. (2003, 195) stellten für 2003 eine große Versorgungslücke fest:

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

Katschnig et al. (2003, 207) empfahlen eine/n Fachärztin/-arzt pro 30.000 EinwohnerInnen, also gesamt 52. Im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (2012, 22) wird für die Versorgungsdichte (Planungshorizont 2020) ein Minimum von 2,0 »ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE)« pro 100.000 EinwohnerInnen und ein Maximum von 3,8 ÄAVE pro 100.000 EinwohnerInnen für die ambulante psychiatrische Behandlung vorgeschlagen. Auf Niederösterreich umgelegt, wären das zwischen 32 und 61 Versorgungseinheiten.

Es gibt derzeit insgesamt 34,5 Planstellen für Neurologie und Psychiatrie [davon: 25 Planstellen für beide Fächer (davon 4 Gruppenpraxen), 3 Planstellen für (reine) Neurologie und 6,5 Planstellen für (reine) Psychiatrie (6 + 1x0,5)] in Niederösterreich; diese sind auch besetzt. Die Planungsvorgaben des RSG für den niedergelassenen Bereich sehen vor, dass 8,6 Vollzeitäquivalente aufgebaut werden, die Umsetzung der Vorgaben durch die NÖGKK seit 2007 lässt sich folgendermaßen zusammenfassen:

54

- 2,5 Planstellen (1,5 Einzelordinationen + 1 Gruppenpraxis) neu geschaffen
- 4 Planstellen für Einzelordinationen in 4 Planstellen für Gruppenpraxen umgewandelt (3 Gruppenpraxen für Neurologie und Psychiatrie, 1 Jobsharingpraxis)
- 0,5 Planstelle im Sinne der optimalen Versorgungswirksamkeit verschoben
- 1 Planstelle für Neurologie und Psychiatrie in 2 Planstellen (also je 1 für Neurologie und 1 für Psychiatrie) gesplittet
- Zusätzlich ab dem Jahr 2016 in Kraft: 1 Planstelle für Neurologie und die Splittung 1 Planstelle für Neurologie und Psychiatrie in je 1 Planstelle für Neurologie und 1 Planstelle für Psychiatrie

Summiert man daher die Veränderungen in diesem Stellenplan, wird der RSG für den Bereich Psychiatrie seitens der SV erfüllt.

	PSY oder PSY/NEU aus Katschnig IST 2003	PSY oder PSY/NEU aus Katschnig SOLL 2003	RSG Planvorgabe bis 2015 in ÄVZÄ (inkl. KJP)	PLANSTELLEN			RSG Planvorgabe Umsetzungsstand 2015
				PSY oder PSY/NEU oder NEU/PSY IST 2015*	Kinder- und JugendPSY IST 2015	IST 2015 Gesamt*	
Mitte	4	12	+1,7	9 (3)	2	11(3)	✓
Waldviertel	2	5	+0,8	4,5	-	4,5	✓
Weinviertel	1	10	+2,1	6	2	8	✓
Thermenregion	5	17	+2,3	11 (2)	2	13 (2)	✓
Mostviertel	2	8	+1,7	4	-	4	-
Gesamt NÖ	14	52	+8,6	34,5 (5)	6	40,5 (5)	✓

Tabelle 10: VertragsärztInnen IST und SOLL 2003, IST und SOLL 2015
 ÄrztInnen der Psychiatrie (PSY) sowie Psychiatrie und Neurologie (PSY/NEU): aus Katschnig et al. 2003, 207
 Daten für 2015: Abfrage NÖGKK

* bei den IST-Werten 2015 ist in () angegeben, wie viele von den Planstellen Gruppenpraxen-Planstellen sind
 ✓ Vorgabe RSG erfüllt

WahlärztInnen 2014	PSY	PSY/NEU	NEU/PSY	Gesamt
Mitte	11	3	13,5	27,5
Waldviertel	5	1	1,5	7,5
Weinviertel	8	2	2	12
Thermenregion	22	27	10	59
Mostviertel	2	4	4	10
Gesamt NÖ	48	37	31	116

Tabelle 11: WahlärztInnen 2014
Daten aus Abfrage Ärztekammer Niederösterreich

In Niederösterreich sind mit Stand 4. Quartal 2015 insgesamt 774 Planstellen für Allgemeinmedizin vorgesehen, 319 WahlärztInnen sind mit einem Vorsorgeuntersuchungsvertrag und 780 ohne Vertrag tätig.

2003 kam in Niederösterreich »auf rund 2.000 Personen ein Arzt für Allgemeinmedizin mit §2-Kassenvertrag« (Katschnig et al. 2003, 283). Ende 2000 verfügten in Niederösterreich insgesamt 293 ÄrztInnen über ein PSY-Diplom (PSY I: 293, PSY II: 223, PSY III: 108) (vgl. ebd., 283f.).

Gut jeweils 12 % der Vertrags- und Wahl-AllgemeinmedizinerInnen haben zumindest das PSY I Diplom³⁷ (für psychosoziale Medizin) der österreichischen Ärztekammer absolviert.

AllgemeinmedizinerInnen	IST 2003	IST 2014	SOLL 2014	ÄAVE
Planstellen für VertragsärztInnen	≈ 773	744	35,6-66,1	51,35
mit PSY I		101		
mit PSY II		54		
mit PSY III		18		
WahlärztInnen		780		44,72
mit PSY I		98		
mit PSY II		67		
mit PSY III		49		
Gesamt Vertrags- und WahlärztInnen		1.554		96,07

Tabelle 12: AllgemeinmedizinerInnen mit und ohne Vertrag, mit und ohne PSY Diplom und ÄAVE
Daten aus Abfrage Ärztekammer Niederösterreich

PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOLOGINNEN

Für eine anstrebenswerte Anzahl von PsychologInnen und PsychotherapeutInnen finden sich in einschlägigen Planungswerken keine Richtlinien. Daher wird hier lediglich die IST- Situation dargestellt.

Laut Bundesministerium für Gesundheit-Homepage praktizieren derzeit 1.153 Klinische PsychologInnen (mit Psychologiestudium) bzw. 1.248 PsychotherapeutInnen (mit Psychotherapieausbildung) in Niederösterreich (BMG 2014a). Laut der Internetseite »psyonline.at« beträgt die Anzahl der PsychotherapeutInnen in Niederösterreich jedoch 756 (Stand Jänner 2014). Auf dieser Seite können sich TherapeutInnen selbst registrieren. Die Abweichungen können aufgrund von Personen in Ausbildung, Personen mit Hauptpraxis in Wien und dergleichen zustande kommen. Die tatsächliche Zahl lässt sich somit nicht valide darstellen. Eine klare Abgrenzung der Bereiche psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie ist nicht durchgängig möglich und auch die Kennzahlen der Krankenversicherungsträger weisen immer beide Bereiche aus. Besonders für die/den PatientIn ist eine berufliche Abtrennung/Abgrenzung nicht erkennbar (vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2011, 38).

Die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse hat unter anderem mit zwei Vereinen, der Niederösterreichischen Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung (NÖGPV) und dem Verein für ambulante Psychotherapie (VAP), die unterschiedliche Psychotherapiemethoden anbieten, Verträge abgeschlossen. Diese Vereine haben Verträge mit TherapeutInnen, die auch als WahltherapeutInnen tätig sein können. Bei den zwei psychotherapeutischen Vertragsvereinen sind derzeit rund 220 TherapeutInnen unter Vertrag. Die NÖGKK übernahm im Jahr 2012 85.660 (durch Vertragsvereine erbracht), 2014 waren es insgesamt 175.000 (91.000 durch Vertragsvereine

³⁷ Bei den ÖÄK-PSY-Diplomen handelt es sich um Weiterbildungskurse der österreichischen Ärztekammer für ÄrztInnen aus allen Fachgebieten (PSY-1: Psychosoziale Medizin; PSY-2: Psychosomatische Medizin; PSY-3: Psychotherapeutische Medizin).

erbracht, 84.000 bezuschusst) Therapieeinheiten, wobei geschätzt wird, dass eine Behandlung im Schnitt aus unter 20 Einheiten besteht. Dieser Durchschnittswert ergibt sich daraus, dass die abgerechneten Stunden durch die Anzahl der PatientInnen dividiert werden. Allerdings kann die tatsächliche Behandlungsdauer je nach Schweregrad der Beeinträchtigung und Methode variieren. Kassenplätze sind zwar teilweise limitiert, aber gerade die NÖGKK hat in den letzten Jahren Stundenkontingente aufgestockt und auch aufgehoben: Neben den für allgemeine Psychotherapie zuständigen Vereinen stehen auch auf Kinder und Jugendliche spezialisierte Vereine und Vereine für frauenspezifische Psychotherapie bzw. Psychotherapie für Asylwerber auf Kassenkosten zur Verfügung. Mit 01.01.2014 wurde die Kontingentierung im Bereich der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche aufgehoben.

Generell sind die Gruppen- und Stütztherapien aus der Kontingentierung ausgenommen. Dadurch konnte die Erweiterung der Kontingente, die für allgemeine Psychotherapie für Erwachsene zur Verfügung stehen, erreicht werden. Des Weiteren gibt es seit 01.01.2015 ein eigenes Kontingent für fit2work PatientInnen und Reha-Geld-Bezieher, so dass auch in diesem Bereich zusätzliche kassenfinanzierte Psychotherapie den Versicherten angeboten wird. Von der NÖGKK wird ein Notfallkontingent für Krisen zur Verfügung gestellt. Verträge mit weiteren spezialisierten Vereinen, wie u.a. so what (Essstörungen) und pro mente plus (Straftäter), werden laufend abgeschlossen, um die Versorgung im Bereich der Psychotherapie immer weiter zu entwickeln.

Psychotherapeutische Leistungen, die durch die Kasse bezahlt werden, können in zwei Gruppen unterteilt werden:

Sachleistungen: »kassenfinanzierte Psychotherapie durch Vereine bzw. Institutionen sowie Leistungen durch Vertrags- und Wahlärzte unter dem Titel ‚Psychotherapeutische Leistungen‘«

Kostenzuschüsse: »Ausgaben für Psychotherapie durch freiberufliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.« (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2011, 39).

56

Um allerdings einen Kostenzuschuss für Psychotherapie zu erhalten, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- » Die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut ist in die Psychotherapeutenliste des BMG eingetragen,
- » Vorliegen einer psychischen Erkrankung und
- » schriftlicher Nachweis der vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchung vor der zweiten Behandlungsstunde (Eggerth et al. 2010, 14).

Der Kostenzuschuss beträgt 21,80 Euro pro Einzelsitzung, 7,27 Euro für eine Gruppensitzung pro Person (vgl. Eggerth et al. 2009, 15). Gruppentherapien können für mindestens drei bis maximal zehn Personen angeboten werden.

2009 wurden in Österreich etwa 550.000 Therapieeinheiten mitfinanziert. Wie viele Personen diese Leistungen in Anspruch nahmen, kann nur geschätzt werden. Mindestens 65.000 Personen wurden in Österreich durch ärztliche psychotherapeutische Leistungen, weitere 30.000 durch die Versorgungsvereine versorgt (vgl. Eggerth et al. 2010, 24 und 36). 12.800 niederösterreichische PatientInnen erhielten 2009 psychotherapeutische Leistungen und Leistungen aus der psychotherapeutischen Medizin durch die NÖGKK (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2011, Anhang 1, 8), 74.120 Psychotherapieeinheiten wurden durch die beiden Vereine erbracht und 73.400 Therapieeinheiten wurden im selben Jahr bezuschusst (vgl. Eggerth et al. 2010, 18 und 25). 2012 hat sich die Anzahl durch Vereine erbrachter Psychotherapieeinheiten auf 85.660 belaufen (vgl. NÖGKK »Festtag der Psychotherapie« 2014). 2014 wurden 91.000 Psychotherapieeinheiten durch die Vertragsvereine erbracht und 84.000 Therapieeinheiten wurden im selben Jahr bezuschusst.

Eggerth et al. (2010, 36f.) fassen die Probleme bei der Versorgung durch Psychotherapie in Österreich zusammen:

» Der Zugang zu kassenfinanzierter Psychotherapie ist nicht sehr niedrigschwellig, es gibt mit www.psyonline.at zwar ein überregionales Internetportal für Hilfesuchende, eine Suche nach freien Kassenplätzen ist damit aber nicht möglich. Einige Versorgungsvereine haben keine eigene Homepage und sind auch telefonisch nur sehr schwer zu erreichen. Manche Versorgungsvereine haben keine Informationen darüber, welche ihrer Therapeutinnen bzw. Therapeuten gerade einen Kassenplatz frei hat. Patientinnen und Patienten erhalten lediglich Therapeutenlisten oder eine Auswahl der Behandlungsschwerpunkte der Therapeutinnen und Therapeuten. Es bleibt den Hilfesuchenden überlassen sich ‚durchzutelefonieren‘. Es besteht die Befürchtung, dass all dies besonders für schwer erkrankte Personen eine große bis unüberwindbare Hürde darstellt. [...] Dass trotz bestehenden Versorgungsbedarfs bei manchen Versicherungsträgern die vorgesehenen Pauschalsummen für Psychotherapien von Vereinen und Institutionen nicht ausgeschöpft wurden, spricht für Optimierungspotentiale bei der Verwaltung der Angebote. Viele Patientinnen bzw. Patienten weichen zu Therapeutinnen bzw. Therapeuten aus, die keinen voll kassenfinanzierten Platz anbieten können. In diesem Fall können die Versicherungsträger einen Kostenzuschuss gewähren. Voraussetzung für das Gewähren eines Kostenzuschusses zur Psychotherapie bei niedergelassenen Therapeutinnen bzw. Therapeuten ist das Vorliegen einer krankheitswertigen Störung. Der Kostenzuschuss wurde seit Jahren nicht erhöht und deckt rund ein Viertel der Therapiekosten und wird überdies nicht ab der ersten Sitzung gewährt. «

Diesen Umständen wurde im Jänner 2013 durch die von der SV eingerichteten Clearingstelle für Psychotherapie Rechnung getragen. Durch die Clearingstelle soll der Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung für PatientInnen erleichtert und durch zielorientierte Steuerung die psychotherapeutische Versorgung verbessert werden. Die Clearingstelle als Serviceeinheit soll Indikationen zur Psychotherapie feststellen und die Behandlung auf dem kürzesten Weg vermitteln.

Aufgaben:

- Fachkompetente Koordination und Vermittlung von Psychotherapien
- Erleichterung des Zugangs für PatientInnen zu psychotherapeutischen Behandlungen
- Abklärung, ob Psychotherapie und/oder eine andere Behandlung/Therapie notwendig ist
- Forcieren von Gruppentherapien
- Verringerung der Wartezeiten, dadurch Erhöhung der Anzahl der betreuten PatientInnen
- Vernetzung der Angebote von therapeutischen Möglichkeiten
- Kompetente Information über psychotherapeutische Angebote in NÖ sowie über zielgruppen- und diagnosespezifische Angebote
- Errichtung einer Datenbank zur Erhebung freier Therapieplätze
- Dokumentation der eingehenden Anfragen
- Rückrufsystem

Die Clearingstelle ist mit PsychotherapeutInnen besetzt, so dass eine bestmögliche Betreuung der Anrufer erfolgt. Diese Clearingstelle wird laufend evaluiert, um ihre Wirksamkeit zu belegen bzw. potentielle zusätzliche Bedarfe zu identifizieren.

Bei der Klausur im April 2014 wurde zwar von den anwesenden ExpertInnen festgehalten, dass die langen Wartezeiten (bis zu sechs Monate) im Bereich Psychotherapie ein großes Problem darstellen, dazu liegen aber keine gesicherten empirischen Grundlagen vor. Es wurde eine Unterversorgung konstatiert, da es für PatientInnen teilweise nicht zumutbar sei, nach einem stationären Aufenthalt so lange auf eine ambulante Versorgung warten zu müssen. Das Problem des »Drehtüreffekts³⁸« würde dadurch verstärkt. In den Verträgen der SV mit den psychotherapeutischen Vereinen wurde daher auf die Bedürfnisse schwer Erkrankter und sozial Benachteiligter Bedacht genommen.

38 »Die Forschung zum ‚Drehtüreffekt‘ nimmt primär Rehospitalisierungen und deren Gründe (die auch im Behandlungssystem selbst liegen können) in ihren Fokus. Ein Behandlungssystem mit Drehtüreffekt lässt sich folgendermassen [sic!] modellhaft darstellen: Psychiatrische Spitalpatient/-innen wechseln rasch zwischen einer stationären *psychiatrischen* Behandlung (1), einer stationären *somatischen* Behandlung (2) und einem Bereich *außerhalb* [sic!] irgendeiner stationären Akutbehandlung (3) hin und her.« (Camenzind/Frick 2010, 2)

Viele PsychotherapeutInnen behandeln psychiatrisches Klientel nicht bzw. verfügen nicht über das erforderliche Know-how, um Personen mit schweren Erkrankungen zu behandeln. Ein mobiler Krisendienst und institutionalisierte, niederschwellig verfügbare Psychotherapie könnten Abhilfe schaffen. Mit der Errichtung der Clearingstelle wurde bereits ein erster Schritt in die richtige Richtung gesetzt. Festzuhalten ist, dass diese Maßnahmen zwar angebotsseitig wirken, aber auf die teilweise vermuteten Hemmnisse auf der Seite der Nachfrage keinen Einfluss haben.

Katschnig et al. empfahlen bereits 2003 (174ff. und 185f.), einen täglich rund um die Uhr einsatzbereiten Krisendienst in allen sieben Psychiatrieregionen zu etablieren (angegliedert an das Regionale Zentrum für seelische Gesundheit), dessen Angebot sich in telefonische, ambulante und mobile Tätigkeitsbereiche gliedern sollte.

Die Leistungen des Krisendienstes für Menschen mit akuten psychiatrischen Erkrankungen sowie Personen, die sich in einer akuten seelischen Krise bzw. Notsituation befinden, sollten niederschwellig, regional und bestmöglich erreichbar sein (vgl. ebd., 174ff.). Zur Zeit der Evaluation gab es in Niederösterreich keinen umfassend tätigen, psychiatrischen Krisendienst.

» Verfügbar sind in Niederösterreich hingegen – neben dem Krisentelefon und dem Krisenmanagement des PSD für die von ihm betreuten Klienten (s.u.) – die allgemein- medizinischen Notfallsysteme, die die erforderliche Spezialisierung für psychiatrische Not- und Krisenfälle allerdings nicht aufweisen, außerdem das ‚psychosoziale Akutteam‘ für ‚katastrophale‘ Ereignisse. «

(Katschnig et al. 2003, 174)

Dieser Vorschlag wurde allerdings nicht umgesetzt. Die Krisendienste wurden aus personellen und organisatorischen Gründen in den Modellregionen nicht erprobt.

Darüber hinaus gibt es andere Therapieformen, wie etwa Ergotherapie, Musiktherapie, Logopädie etc., deren Kosten zum Teil durch die Kasse finanziert werden.³⁹

5.1.3. Eine Analyse der verordneten Medikamente

Die folgenden Darstellungen beziehen sich auf Daten, die von der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse übermittelt wurden. Damit fließen nur Daten über jene Psychopharmaka in die Analyse mit ein, die über die NÖGKK abgerechnet wurden. Daher fehlen Medikamente, die mit anderen Kassen abgerechnet wurden und jene, die privat bezahlt wurden.

153.980 Personen haben Psychopharmaka verschrieben bekommen. Insgesamt wurden von der NÖGKK 2012 38.076.904,40 Euro für Psychopharmaka ausgegeben, 22,80 Euro pro Verordnung. Im Schnitt erhielten die PatientInnen etwa 10 Verordnungen im Jahr.

Psychopharmaka NÖGKK	Anzahl der Verordnungen	Kosten in Euro
Kosten der Verordnungen gesamt		38.076.904,4
Kosten der Verordnungen – männlich		13.878.418,3
Kosten der Verordnungen – weiblich		24.198.486,1
Kosten pro Verordnung		22,8
Anzahl und Kosten der Verordnungen pro PatientIn	10,3	235,0
Anzahl und Kosten der Verordnungen pro Patient – männlich	10,1	258,4
Anzahl und Kosten der Verordnungen pro Patientin – weiblich	10,4	224,6

Tabelle 13: Kosten und Anzahl der Verordnungen von Psychopharmaka
Daten aus Abfrage NÖGKK

Knapp die Hälfte aller Verschreibungen (46,5 %) entfiel auf Antidepressiva, nahezu zwei Drittel der PatientInnen erhielten ein Medikament aus dieser Gruppe (64,8 %). Die zweitgrößte Gruppe stellt jene der Antide-

39 Diverse Therapieformen wurden von der »Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde – DGPPN« in ihren »S3 Leitlinien« auf ihre Evidenz hin untersucht.

mentiva mit 19,4 % der Verschreibungen dar. Mit der Ausnahme von Antipsychotika und Stimulanzien werden Medikamente aller Gruppen mehr als doppelt so häufig von Frauen eingenommen als von Männern.

	Anzahl der PatientInnen mit jew. Medikament	Anteil an Heilmitteln gesamt in % (153.980)	Anteil Männer (%)	Anteil Frauen (%)	Summe
Antidepressiva	99.762	64,8	30,5	69,5	100,0
Antipsychotika	30.138	19,6	40,7	59,3	100,0
Tranquilizer	34.794	22,6	31,3	68,7	100,0
Antidementiva	41.605	27,0	30,3	69,7	100,0
Stimulanzien	1.063	0,7	81,0	19,0	100,0
Kombi.-präparate	7.033	4,6	22,0	78,0	100,0

Tabelle 14: Anzahl der Verschreibungen nach Medikamentengruppe
Daten aus Abfrage NÖGKK

Zur Altersverteilung kann gesagt werden, dass sich der Verbrauch von Psychopharmaka ab etwa einem Alter von 40 Jahren verdoppelt, wobei natürlich Stimulanzien eine Ausnahme bilden, die vorwiegend Kindern und Jugendlichen verabreicht werden. Die Verordnungen von Antidementiva steigen ab einem Alter von 60 Jahren stark an.

Alter	% Antidepressiva	% Antipsychotika	% Tranquilizer	% Antidementiva	% Stimulanzien	% Kombinations-Präparate
0-10	0,1	0,4	1,3	-	27,1	-
11-20	1,7	2,9	0,9	-	53,4	0,4
21-30	5,7	6,8	3,4	-	6,1	2,7
31-40	9,1	8,6	4,9	2,6 ⁴⁰	13,5 ⁴¹	5,0
41-50	16,5	15,5	9,8	3,8	-	11,2
51-60	19,0	15,5	14,2	8,2	-	16,5
61-70	17,5	11,9	18,7	19,0	-	21,7
71-80	17,6	14,8	25,0	33,4	-	27,4
81-90	11,3	18,8	18,5	28,9	-	13,7
Ab 91	1,6	4,9	3,2	4,3	-	1,5
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabelle 15: Altersverteilung bei Psychopharmakaverordnungen
Daten aus Abfrage NÖGKK

Eine valide Aussage zu Unter- oder Überversorgung lässt sich aus den verordneten Medikamenten nicht ableiten. Die Daten betreffend der Psychopharmakaverschreibungen der NÖGKK liegen vor, nicht aber die anderer Kassen oder privat bezahlter Medikamente, was zu einer Unterschätzung der Menge der verordneten Medikamente führt. Interpretationen im Hinblick auf eine Unter- oder Überversorgung wären daher nur im Sinne eines Vergleichs mit anderen Bundesländern (falls von diesen Zahlen vorliegen) oder »Soll-Werten« (die in dieser Form aber nicht existieren) möglich. Dies würde zudem eine Homogenität bezüglich relevanter Faktoren wie Bevölkerungsstruktur und Prävalenz der verschiedenen Erkrankungen erfordern, was ungeprüft nicht als gegeben angenommen werden kann. Darüber hinaus hat eine unterschiedliche ärztliche und nichtärztliche Versorgungsstruktur (ÄrztInnen/Psychotherapieangebote und andere Versorgungsdienste; AllgemeinmedizinerInnen/FachärztInnen; niedergelassener/stationärer Bereich) mit je spezifischen Diagnostik-, Verschreibungs- und Betreuungspraktiken Auswirkungen auf Art und Menge der verordneten Medikamente. Aufgrund dieser vielfältigen Einflüsse ist jedoch ein einfacher Umkehrschluss im Sinne von zu viel bzw. zu wenig nicht möglich. Deshalb sollen die vorliegenden Daten zwar analysiert, aber keine unmittelbaren Schlüsse bezüglich Unter- oder Überversorgung gezogen werden.

Dennoch ist die hohe Anzahl der verschriebenen Psychopharmaka und der Menschen, die solche Präparate verordnet bekommen, bemerkenswert. Hier wären genauere Recherchen vonnöten, um einerseits festzustellen, ob diese Verordnungen diagnosebezogen indiziert waren und/oder ob andere therapeutische Maßnahmen (etwa Psychotherapie) zur Verfügung standen. Andererseits sollte erhoben werden, ob die Medikamente allgemein richtig angewendet werden, etwa ausreichend lange bei Antidepressiva und nicht zu lange bei Tranquilizern. Eine eigenständige Erhebung mit eigenem Forschungsansatz müsste hier durchgeführt werden, da die vorhandene Datenlage vermutlich nie ausreichend ist, um diese Fragen zu beantworten.

40 Wert für die Altersgruppe 0-40 Jahre

41 Wert für die Altersgruppe ab 31 Jahren

5.2. Sozialpsychiatrische Leistungen

Unter den Begriff »sozialpsychiatrische Leistungen« fallen hier alle Leistungen und Hilfen, die Menschen mit psychischer Beeinträchtigung für die Bewältigung ihres alltäglichen Lebens benötigen (eine genaue Beschreibung aller Leistungen erfolgt in den jeweiligen Unterkapiteln). Dabei gilt im Sinne der Rationalität der Grundsatz der Gemeindenähe und des Weiteren, soweit möglich, die Regel »ambulant/mobil vor stationär«.

5.2.1. Psychosoziale Betreuungszentren und Betreuungsstationen

Psychosoziale Betreuungszentren und Betreuungsstationen lassen sich nicht immer eindeutig in psychiatrisch-medizinische bzw. sozialpsychiatrische Einrichtungen einteilen, da sie zum Teil sowohl Tagespflegereinrichtungen, psychosoziale Betreuung als auch Langzeitpflege anbieten und damit mitunter auch stationären Charakter haben (vgl. Sozialhilfeinfo NÖ 2014). »Mit der Enthospitalisierung der Langzeitpatienten aus den Psychiatrischen Krankenanstalten Gugging und Mauer auf Basis des NÖ Psychiatrieplans 1995 und 2003 wurden Langzeitpatienten in bestehende oder neu eingerichtete Betreuungszentren und Betreuungsstationen der NÖ Landespflegeheime übersiedelt.« (LRH 2012, 5)

PSYCHOSOZIALE BETREUUNGSZENTREN

» In den beiden psychosozialen Betreuungszentren Mauer und Tulln werden Menschen mit schweren akuten oder chronischen psychiatrischen Erkrankungen sowie intellektuell und mehrfach behinderte Menschen mit hohem Pflegeaufwand betreut und individuell gefördert. «

(LRH 2013, 5f.)

60

Region	Standort	Angebote	Betten IST 2003	Betten IST 2012	Auslastung in % 2012
Mitte	Tulln	Gruppenpflege im Sinne einer aktivierenden Langzeitbetreuung Stabilisierende Krisenintervention	-	60	110
Mostviertel	Mauer	Langzeitpflege Kurzzeitpflege Tagesbetreuung/Tagespflege Krisenintervention Schwerstkrankenpflege Psychosoziale Betreuung	179	170	100
überregional	Beer			100	k.A.
Gesamt			179	330	107

Tabelle 16: Psychosoziale Betreuungszentren: Bettenanzahl (2003 und 2012) und Auslastung

Daten aus LRH 2013, 6 und 21

Daten für 2003 aus Katschnig et al. 2003, 343

Die beiden Betreuungszentren waren im Jahr 2012 voll ausgelastet, wobei Tulln sogar eine Auslastung von 110 % aufwies (zusätzliche Betten wurden durch den Umbau von Aufenthaltsräumen in BewohnerInnenzimmer geschaffen) (vgl. LRH 2013, 21). Das Betreuungszentrum Mauer existierte bereits 2003 und verfügte damals über 179 Plätze. Zusätzlich gab es im Haus der Künstler in Maria Gugging 12 Plätze.

Den Schätzungen von Haas (2001) folgend, empfahlen Katschnig et al. (2003, 329), mit einer Inzidenz von etwa 0,1 Personen pro 1.000 Einwohner zu rechnen, die sehr anspruchsvolle Unterstützungssysteme benötigen, also etwa die Betreuung in einem der Psychosozialen Betreuungszentren. Das wären für den Bevölkerungsstand 2012 rund 162 Plätze.

BETREUUNGSSTATIONEN

In sieben der insgesamt zehn Betreuungsstationen werden ausschließlich Menschen mit psychiatrischen Diagnosen betreut (Baden, Gänserndorf, Hainfeld, Himberg, Mistelbach, Scheiblingkirchen und Zwettl), wohingegen in Mank, Türrnitz und Waidhofen an der Ybbs BewohnerInnen mit psychiatrischen Diagnosen gemeinsam mit BewohnerInnen mit Langzeitpflegebedarf betreut werden. »Grundaufgabe ist die Begleitung zur Alltagsbewältigung mit rehabilitierenden Aspekten. Ein Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken soll minimiert bzw. eine mögliche Rückkehr nach Hause vorbereitet werden« (NÖ Landespflege- und Jugendheime 2014). Um den letztgenannten Aspekt zu verwirklichen, wird derzeit ein Konzept entwickelt (Klausur 2014).

Zusätzlich gibt es drei private Pflegezentren, Vertragsheime des Landes Niederösterreich, die aus den folgenden Darstellungen ausgenommen sind (Pflegezentrum Hallerhof: 31 Plätze, Pflegezentrum St. Corona am Schöpfl: 44 Plätze, Pflegezentrum Mayerling: 24 Plätze).

Region	Standort	Betten IST 2003	Betten IST 2012	Auslastung in % 2012	BMZ
NÖ Mitte	Hainfeld		20	93,0	
	Türrnitz (gemischte Betreuungsstation)		14	k.A.	
	Gesamt		34		0,09
Waldviertel	Zwettl		29	100,0	0,21
Weinviertel	Gänserndorf		33	100,3	
	Mistelbach		50	97,9	
	Gesamt		83		0,27
Thermenregion	Baden		46	99,7	
	Himberg		29	108,6	
	Scheiblingkirchen		26	98,6	
	Gesamt		101		0,18
Mostviertel	Mank (gemischte Betreuungsstation)		27	k.A.	
	Waidhofen a.d. Ybbs (gem. Betreuungss.)		36	k.A.	
	Gesamt		63		0,26
Private Pflegeheime	Hallerhof		31	k.A.	
	Pflegezentrum St. Corona am Schöpfl		44	k.A.	
	Pflegezentrum Mayerling		24	k.A.	
	Gesamt		99		
Gesamt		310	310(409)	99,7	0,19(0,26)

Tabelle 17: Betreuungsstationen: Bettenanzahl (2003 und 2012) und Auslastung

Daten aus LRH 2013, 6 und 18

Daten für 2003 aus Katschnig et al. 2003, 343

Im Jahr 2012 waren alle Betreuungsstationen (nahezu) voll ausgelastet (zwischen 93 % Auslastung in Hainfeld und 108,6 % in Himberg) (vgl. LRH 2013, 18).

2003 standen ebenso 310 Plätze in Betreuungsstationen zur Verfügung.

Allgemein sprachen sich Katschnig et al. (2003, 378ff., 383) dafür aus, den Wohnbedarf in Zusammenarbeit mit den regionalen Anbietern zu erheben und grundsätzlich private Wohnformen zu bevorzugen. Erst wenn diese Möglichkeit ausgeschlossen werden muss, soll eine Unterbringung in einer institutionellen Wohnform erfolgen (subsidiär). Dazu sollte die Unterstützung in privaten Wohnformen ausgebaut werden.

» In jedem Fall sollte zukünftig verhindert werden, dass Personen unter 60 Jahren und ohne vermehrten körperlichen Pflegebedarf aufgrund des Fehlens passender Hilfsdienste und Wohnmöglichkeiten innerhalb ihres gewohnten Lebensfeldes in Pensionisten- und Pflegeheime übernommen werden müssen. Diese kompensatorische Ersatzfunktion, die bis jetzt die Langzeitbereiche in den Landesnervenkliniken übernommen haben, sollten nicht von extramuralen Großheimen wildwüchsig übernommen werden. Um dieser Entwicklung Einhalt zu gebieten, wurden schon seit dem Jahr 1985 die Betreuungsstationen an Pensionisten- und Pflegeheimen für diese Funktion geschaffen. Allerdings nähert sich nun, bedingt durch die mangelnden Reintegrationserfolge in autonomere Wohnformen, in diesen Betreuungsstationen die Bewohnerstruktur altersmäßig und hinsichtlich der Diagnosen-

struktur immer mehr den festgestellten Verhältnissen in den allgemeinen Pensionisten- und Pflegeheimen an. Nicht zuletzt aus diesem Grund gibt es auch nur mehr sehr eingeschränkte Aufnahmekapazitäten für neue, jüngere Personen. (Katschnig et al. 2003, 386)



BEWOHNERINNENSTRUKTUR IN BETREUUNGSZENTREN UND BETREUUNGSSTATIONEN

Die BewohnerInnen von Betreuungsstationen und Betreuungszentren weisen unterschiedliche psychische Erkrankungen auf. Nach der ICD-10 Klassifizierung treten folgende Erkrankungen auf:

Diagnosegruppe nach ICD ⁴²	Betreuungszentren		Betreuungsstationen	
	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %
F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	30	12,6	14	5,0
F 10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	8	3,4	31	11,1
F11-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	0	0	15	5,4
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	103	43,2	146	52,1
F3 Affektive Störungen	3	1,3	23	8,2
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	1	0,4	6	2,1
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0	0	4	1,4
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	6	2,5	7	2,5
F7 Intelligenzminderung	76	31,9	31	11,1
F8 Entwicklungsstörungen	3	1,3	2	0,7
F90-F89 Keine eindeutige Zuordnung möglich	8	3,4	0	0
F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störung	0	0	1	0,4
Gesamt	238	100	280	100

Tabelle 18: ICD-10 Klassifizierung der BewohnerInnen von Betreuungsstationen und -zentren (das Betreuungszentrum Beer ist in dieser Darstellung nicht inkludiert)
Daten aus LRH 2013, 23

62

Den größten Anteil der BewohnerInnen sowohl in Betreuungsstationen (52,1 %) als auch in Betreuungszentren (43,2 %) stellen Personen mit Schizophrenie und/oder schizotypen und wahnhaften Störungen.

Rund 60 % der BewohnerInnen in den Betreuungszentren sind zwischen 50 und 79 Jahre alt, in den Betreuungsstationen macht diese Gruppe 77,1 % aus (Tabelle siehe Anhang).

Die unterschiedliche Ausrichtung von Betreuungsstationen und Betreuungszentren spiegelt sich unter anderem in der Aufenthaltsdauer der BewohnerInnen wider. Während in den Betreuungsstationen, in denen eine mögliche Rückkehr nach Hause vorbereitet werden soll, gut 40 % weniger als vier Jahre dort leben, sind das in den Betreuungszentren nur 27,7 %. Der Anteil derer, die bereits seit mehr als zehn Jahren in der jeweiligen Einrichtung leben, beträgt bei Betreuungszentren und Betreuungsstationen jeweils rund 35 %. Zukünftig sollen BewohnerInnen in Pflegeheimen nicht mehr langfristig aufgenommen werden, sondern befristet auf ein halbes Jahr, um dann erneut den Bedarf zu prüfen. Es soll vermehrt auf die Selbstbestimmung der KlientInnen geachtet werden, um unnötige Langzeitaufenthalte zu vermeiden (Klausur 2014).

Aufenthaltsdauer	Betreuungszentren		Betreuungsstationen	
	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %
Weniger als 1 Jahr	26	10,6	37	13,2
1-4 Jahre	42	17,1	76	27,0
5-10 Jahre	92	37,3	69	24,6
Mehr als 10 Jahre	86	35,0	99	35,2
Gesamt	246	100	281	100

Tabelle 19: Aufenthaltsdauer der BewohnerInnen von Betreuungsstationen und -zentren (das Betreuungszentrum Beer ist in dieser Darstellung nicht inkludiert)
Daten aus LRH 2013, 29 und 32

42 Gemischte Betreuungsstationen wurden in den folgenden Tabellen nicht berücksichtigt.

PERSONALKAPAZITÄTEN DER BETREUUNGSSTATIONEN UND -ZENTREN

Auch in der Personalausstattung lassen sich Unterschiede erkennen. So kommen in den Betreuungszentren insgesamt 0,60 Vollzeitäquivalente auf eine/n BewohnerIn, in den Betreuungsstationen mit 0,318 etwas mehr als die Hälfte. Auch die Personalzusammensetzung unterscheidet sich: In Betreuungszentren arbeiten etwa dreimal so viele diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen wie in Betreuungsstationen. Es fällt auf, dass in den Betreuungszentren kein psychosoziales Fachpersonal angestellt ist, in den Betreuungsstationen kein therapeutisches Fachpersonal. Diese Leistungen werden extern zugekauft. Diese Situation soll verändert werden (Klausur 2014).

Berufsgruppe	Betreuungszentren		Betreuungsstationen	
	Gesamt	Je Bew.	Gesamt	Je Bew.
Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen	77,9	0,32	26,3	0,113
PflegehelferInnen/FachsozialbetreuerInnen	48,3	0,20	37,1	0,159
Heimhilfen/Abteilungshilfen	2,75	0,01	8,8	0,038
SozialarbeiterInnen	0	0	1,0	0,004
SozialpädagogInnen	0	0	1,0	0,004
PädagogInnen und BehindertenbetreuerInnen	15,0	0,06	0	0
TherapeutInnen und PsychologInnen	3,5	0,01	0	0
Gesamt	147,39	0,60	74,2	0,318

Tabelle 20: Personalstruktur in Vollzeitäquivalenten je BewohnerIn in Betreuungsstationen und -zentren (das Betreuungszentrum Beer ist in dieser Darstellung nicht inkludiert)
Daten aus LRH 2013, 38 und 42

5.2.2. Psychosozialer Dienst und komplementäre Einrichtungen

In Niederösterreich gibt es zwei große Anbieter, die den Psychosozialen Dienst abdecken. Das sind die Caritas St. Pölten und die Psychosoziale Zentren GmbH (PSZ GmbH), wobei die Caritas St. Pölten (Diözese) das westliche Niederösterreich abdeckt (Mostviertel, Waldviertel und Mitte), die PSZ GmbH das östliche (Weinviertel, Mitte und Thermenregion). Komplementäre Einrichtungen bieten die Caritas St. Pölten und die PSZ GmbH an. Zusätzlich bestehen noch andere AnbieterInnen in den Bereichen Wohnen und Arbeit, wie die Emmaus Gemeinschaft St. Pölten, ARGE Mostviertel, die Kolpinghäuser, MÖWE etc.

Die folgenden Daten spiegeln die erbrachten Leistungen/Plätze wider, die unmittelbar von den Trägern übermittelt wurden.

Region	Einrichtung	Anbieter
NÖ-Mitte	PSD	Caritas PSZ GmbH
	ICM-Tagesstruktur	
	KIPKE	
	Club	
	Wohngemeinschaften (PWG)	
	Caritas Schloss Schiltern	
	Wohnprojekt Edgar	
	Suchtberatung	
	Beschäftigung und Berufsorientierung (BBO)	
	Rehawerkstatt	
	Arbeitsassistenz für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung Tagesstätte Tulln	
Waldviertel	PSD	Caritas
	ICM-Tagesstruktur	
	KIPKE	
	Club	
	Wohngemeinschaften (PWG)	
	Suchtberatung	
	Job Coaching Arbeitsassistenz für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung Rehawerkstatt	
Weinviertel	PSD	PSZ GmbH
	ICM-Tagesstruktur	
	KIPKE	
	Club	
	Wohnhaus Mistelbach	
	Wohnhaus Brünn	
	Wohngemeinschaften	
	Suchtberatung	
	Arbeitsassistenz für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung Tagesstätte Mistelbach ATZ Spillern	
Thermenregion	PSD	PSZ GmbH
	ICM-Tagesstruktur	
	KIPKE	
	Club	
	Wohngemeinschaften	
	Suchtberatung	
	Rehawerkstatt	
	Arbeitsassistenz für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung Tagesstätte Schwechat ATZ-Süd (Wiener Neustadt)	
Mostviertel	PSD	Caritas
	ICM-Tagesstruktur	
	KIPKE	
	Club	
	Wohngemeinschaften (PWG)	
	Suchtberatung	
	Job Coaching Arbeitsassistenz für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung Rehawerkstatt	

Tabelle 21: Angebot PSZ GmbH und Caritas St. Pölten nach Versorgungsregionen
Daten aus Abfrage PSZ GmbH und Caritas St. Pölten

Anbieter	Einrichtung	Plätze
ARGE Mostviertel	ARGE Mostviertel	22
	Haus Lichtbogen	17
	Haus der Geborgenheit	18
	Purgstall	34
	Gesamt	91
Emmaus	Frauen	7
	Viehofen	39
	CityFarm	30
	Gesamt	76
andere	Caritas Wien	25
	Kolping Baden	27
	Verein »Morgenstern«	22
	PSGZ Mödling	12
	Künstlerhaus Gugging	14
	PSYWORKS GmbH	16
	Gesamt	116
PSZ GmbH		102
Caritas St. Pölten		76
Gesamtplätze		461

Tabelle 22: Tagesstrukturierung/Tagesstätte Emmaus, PSZ GmbH und Caritas
 Daten aus Abfrage des jeweiligen Anbieters
 andere Anbieter: Daten GSS

Anbieter	Einrichtung	Plätze
PSZ GmbH	Wohnhaus Brunn (teilbetreut)	8
	Wohnprojekt Edgar (teilbetreut)	8
	Wohnhaus Mistelbach (Übergangswohnen, teilbetreut)	20
	Wohngemeinschaft Schwechat (Übergangswohnen, teilbetreut)	3
	Punktbetreute Einzelwohnungen Mistelbach	9
	Wohnprojekt Fischlgasse Wr. Neustadt (punktbetr. Einzelwohnungen)	13
	Gesamt	61
Caritas St. Pölten	Schloss Schiltern (vollbetreut)	55
	Psychoziale Wohngemeinschaften (PWG) (punktbetreut)	39
Gesamt	94	
Gesamt		155

Tabelle 23: Wohneinrichtungen PSZ GmbH und Caritas St. Pölten
 Daten aus Abfrage Caritas St. Pölten und PSZ GmbH

Anbieter	Plätze
Haus der Künstler	14
Emmaus Gemeinschaft	53
Verein »Morgenstern«	22
PSYWORKS GmbH	11
Arbeitsgemeinschaft Sozialdienste Mostviertel	57
Psychoziales Gesundheitszentrum	14
Verein Möwe	8
Kolpingfamilie Baden	12
Gesamt	191

Tabelle 24: Wohneinrichtungen aller Betreuungsstufen anderer Anbieter
 Daten aus Abfrage GSS

PSYCHOSOZIALE BERATUNG UND BETREUUNG

(INKL. MOBILER SOZIALPSYCHIATRISCHER VERSORGUNG – »HAUSBESUCHE«)

Die Leistungen des Psychosozialen Dienstes richten sich an Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen oder Erkrankungen sowie deren Angehörige und zielen darauf ab, deren Lebensqualität zu erhöhen, ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu fördern und stationäre Unterbringungen wenn möglich zu vermeiden (vgl. PSZ GmbH 2014, Caritas 2011a). Katschnig et al. (2003, 232) empfehlen eine nachhaltige Weiterentwicklung des PSD:

» Zu beobachten ist vielmehr – als Folge einer fortgeschrittenen strukturellen Verlagerung von stationären hin zu ambulanten und extramuralen Behandlungs- und Betreuungsressourcen – eine deutliche Weiterentwicklung des Bedarfs, sowohl qualitativ als auch quantitativ. Begründet liegt diese Ressourcenverlagerung in mehreren gleichzeitig ablaufenden Prozessen. Zum einen bestätigen empirische Studien immer mehr die Effektivität von lebensfeldintegrierten Behandlungsmodellen bei psychiatrischen Erkrankungen und beschränken damit gleichzeitig die stationäre Behandlung auf den Fall, dass ambulante und komplementäre Hilfen nicht mehr ausreichen. Zum anderen sind gerade die Leistungen im Spitalsbereich generell sehr kostenintensiv, was zu systematisch betriebenen Optimierungen der Versorgungsprozesse mit dem Ziel der gleichzeitigen Kostendämpfung geführt hat. (Katschnig et al. 2003, 232)

Als Kernleistungen des PSD wurden die Erstellung individueller Behandlungs- und Rehabilitationspläne sowie die Sicherung und Koordination der Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen gesehen. Dabei sollten die individuelle Unterstützungsplanung, die ambulante psychiatrische Grundversorgung und Unterstützung in den Bereichen »Selbstversorgung und Wohnen«, »Tagesgestaltung und Kontaktfindung« sowie »Arbeit und Arbeitstraining« vom PSD abgedeckt werden. Als Organisationsform wurde das Modell des »Assertive Community Treatment (ACT)« herangezogen.

» Diese Form des intensiven Case-Managements geht über die traditionellen Vernetzungs- und Koordinationsaufgaben hinaus und bietet spezielle Unterstützung im Lebensfeld für Klienten mit schweren psychischen Beeinträchtigungen an. (ebd., 257)

Im Jahr 2011 wurde eine Neustrukturierung des Psychosozialen Dienstes eingeleitet und wurde bis 2015 weitgehend umgesetzt. Diese Neustrukturierung dient der Weiterführung der Enthospitalisierung von psychisch beeinträchtigten Menschen. Ein einheitlicher Leistungskatalog mit Qualitätskriterien wurde mit der *Abteilung Soziales* (GS5) vereinbart und festgeschrieben. Diese Neustrukturierung war zum Zeitpunkt der Evaluierung nicht abgeschlossen.

Folgende Beratungs- und Betreuungsleistungen werden von Caritas St. Pölten und PSZ GmbH angeboten (vgl. Land Niederösterreich 2012):

VERBINDUNGSDIENSTE MIT DER STATIONÄREN PSYCHIATRIE

» Der Verbindungsdienst mit der stationären Psychiatrie stellt eine wesentliche Leistung der Schnittstellenarbeit des PSD dar, um noch während des stationären Aufenthalts mit Personen Kontakt aufzunehmen, für die eine Unterstützung durch den PSD in der Zeit nach der Entlassung aus (teil-)stationärer Betreuung wesentlich ist. Auch die Ankündigung von durch den PSD betreuten Personen, für die ev. ein stationärer Aufenthalt erforderlich sein wird, wie auch weitere patientenbezogene Koordinationsaufgaben sind Aufgabe des Verbindungsdienstes. Der Verbindungsdienst erfolgt in Form wöchentlicher Besuche. (Land Niederösterreich 2012)

DIAGNOSTIK (ASSESSMENT)

Diagnostik setzt eine umfassende Anamnese voraus. In speziellen Fällen wird mittels multiprofessionellem Assessment inkl. Needs Assessment, in dem mehrere Professionen ihre fachliche Erfahrung in den diagnostischen Prozess einbringen, eine Entscheidung getroffen, welche Leistung für die/den KlientIn am sinnvollsten ist (Case oder Intensiv Case Management).

VERMITTLUNG

- » Wird im Zuge der Diagnostik oder eines längerfristigen Begleitprozesses evident, dass angesichts der Problemkonstellation des/der KundIn die Nutzung anderer Angebote im psychosozialen Feld [...] sinnvoll und notwendig ist, so vermitteln die MitarbeiterInnen des PSD das benötigte Angebot. «
(Land Niederösterreich 2012)

Gemeint sind hier etwa Unterstützungsleistungen in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Tagesstruktur sowie therapeutische und soziale Einrichtungen.

CASE MANAGEMENT

Beim Case Management übernimmt der PSD eine ganzheitliche Versorgungsverantwortung, die dem Grundsatz »so wenig wie notwendig – so viel wie erforderlich« folgt. Ein individuell erstellter Behandlungs- und Rehabilitationsplan soll die KlientInnen bei den Anforderungen des täglichen Lebens mittels Hilfen zur Alltagsbewältigung, Behandlungen, Beratungen, Gruppenangeboten, Krisenmanagement sowie Fall- und Hilfskonferenzen unterstützen. Beim Intensive Case Management werden insbesondere Personen betreut, die durch den Verbindungsdienst zugewiesen wurden.

- » Die Untergruppe von sog. ‚DrehtürpatientInnen‘ und institutionalisierten bzw. von Institutionalisierung bedrohten PatientInnen/KundInnen [...] sind bedarfsorientiert hochfrequent bzw. mit hoher Leistungsdichte zu betreuen [...]. Vorrangiges Ziel ist die Gewährleistung der ambulanten psychiatrischen Grundversorgung der KundInnen. Damit soll das Leben im privaten Umfeld stabilisiert und stationäre bzw. institutionelle Aufenthalte vermieden werden. Ein wesentlicher Unterschied zum Case Management besteht darin, dass das Angebot überwiegend nachgehend ist und im häuslichen Umfeld der KundInnen stattfindet. «
(Land Niederösterreich 2012)

Dabei werden die Teilleistungen ICM-Betreuung, ICM-Tagesstruktur, Rufbereitschaft und Wohnbetreuung angeboten.

67

ANGEHÖRIGENARBEIT

Multiprofessionelle Teams unterstützen Angehörige in unterschiedlichen Settings (Einzelgespräche sowie in begleiteten Gruppen) mit dem Ziel, den Stellenwert der Angehörigen in der psychiatrischen Versorgung bzw. ihr Empowerment zu fördern. Besonderer Stellenwert wird der Arbeit mit der Zielgruppe »Kinder als Angehörige« beigemessen.

Von der Caritas St. Pölten wurden im Jahr 2012 3.281 KlientInnen von 45,44 VZÄ MitarbeiterInnen (10,07 ärztliche und 35,37 VZÄ psychosoziale MitarbeiterInnen) im Psychosozialen Dienst (inkl. ICM) betreut. Dabei kam es zu 67.969 Kontakten und 11.089 Hausbesuchen. 56,70 VZÄ MitarbeiterInnen der PSZ GmbH (16,07 VZÄ ärztliche und 40,63 psychosoziale MitarbeiterInnen) erbrachten an 12 Standorten im Psychosozialen Dienst folgende PSD-Basisleistungen: Es wurden gesamt 3.659 KlientInnen betreut (2.171 Frauen und 1.413 Männer), wobei 57.140 Kontakte (inkl. Hilfskonferenzen und Fallbesprechungen) verzeichnet wurden. Die Dauer erstreckt sich von einem Kontakt (Clearing und Weitervermittlung) bis zu jahrelanger Begleitung. Insgesamt 7.802 Hausbesuche wurden 2012 bei 721 KlientInnen durchgeführt.

Zusätzlich zu den PSD-Basisleistungen wurde 2012 an sechs Standorten der PSZ GmbH (Hollabrunn, Mistelbach, Korneuburg, Mödling, Wiener Neustadt, Neunkirchen) mit zusätzlichen 5,5 VZÄ psychosozialer MitarbeiterInnen mit der Umsetzung des Intensiv Case Managements (ICM) begonnen. Die im Leistungskatalog festgelegte Betreuungsintensität beträgt 1,5 bis 2,5 Stunden face-to-face pro Woche und ICM-KlientIn. Insgesamt wurden 59 KlientInnen betreut.

Die Verbindungsdienste werden etwa bei der PSZ GmbH von PSD MitarbeiterInnen betreut. Dazu ist mindestens ein/e MitarbeiterIn für ca. 2h/Woche auf der regional zuständigen psychiatrischen Abteilung/den Abteilungen. Die Anzahl der KlientInnenkontakte im Verbindungsdienst der PSZ GmbH wird erst ab 2013 systematisch erfasst. Die Caritas St. Pölten verzeichnete 2012 gesamt 580 Kontakte im Verbindungsdienst.

2,6 VZÄ MitarbeiterInnen der PSZ GmbH berieten 2012 227 Kinder und Jugendliche aus 179 Familien in gesamt 1.265 Terminen. Im Jahr 2011 wurden von der Caritas gesamt 92 Kinder aus 66 Familien in 1.137 Gesprächen beraten.

Anbieter	Einrichtung	VZÄ SOLL 2003	VZÄ IST 2012	KlientInnen	Kontakte
PSZ GmbH	PSD (inkl. ICM)	56,70	2,60	3.659	57.140
	davon Hausbesuche			721	7.802
	Verbindungsdienste	Erhebung erst ab 2013			
	KIPKE	2,60	227 Kinder u. Jug. aus 179 Familien	1.265: 571 Eltern-, 182 Familien-, 512 Kinder- u. Jugendl.-Gespräche	
Gesamt		59,30			
Caritas	PSD (inkl. ICM)	45,44	2,50	3.281	67.969
	davon Hausbesuche				11.089
	Verbindungsdienste	Neuzuweisungen 2012: 259			
	KIPKE	2,50	130 Kinder u. Jug. aus 96 Familien	580	1.442
Gesamt		47,94		909 Hausbesuche	
Gesamt		210-258	107,24		

Tabelle 25: Beratung und Betreuung PSZ GmbH und Caritas St. Pölten
 Daten aus Abfrage PSZ GmbH und Caritas St. Pölten
 SOLL 2003 aus Katschnig et al. 2003, 255

Zum Zeitpunkt der Evaluation 2003 lag die Personalsituation unter den Empfehlungen im Niederösterreichischer Psychiatrieplan 1995, wobei die Versorgung im Waldviertel mit 86,3 % des Wochenstunden-Sollwerts (120 Wochenstunden per 50.000 EinwohnerInnen) am höchsten, in NÖ Mitte Süd mit 51,1 % am geringsten war (vgl. Katschnig et al. 2003, 239).

Insgesamt standen in Niederösterreich im Jahr 2012 107,24 VZÄ für PSD und ICM zur Verfügung, das sind 3.291,4 Wochenstunden⁴³. Das entspricht 101,9 Wochenstunden pro 50.000 EinwohnerInnen. Katschnig et al. (2003, 255) folgten den Minimalanforderungen zum »Strukturellen Bedarf in der psychiatrischen Versorgung« (ÖBIG 1998) und empfahlen zumindest 260 Wochenstunden⁴⁴ pro 50.000 EinwohnerInnen (abgeleitet aus der Empfehlung wären für die optimale Versorgung 13 bis 16 Fachkräfte pro 100.000 EinwohnerInnen zu beschäftigen). Die derzeitige Versorgung erreicht also die Hälfte der empfohlenen Wochenstunden. Wie bereits angemerkt, war die Neustrukturierung des PSD zum Zeitpunkt der Evaluation noch nicht abgeschlossen. Daher wird es gegenüber den hier dargestellten Zahlen zu einem weiteren Zuwachs an Personal kommen.

Nichtsdestotrotz betonten besonders die/der VertreterIn von Caritas und PSZ GmbH, dass es aufgrund mangelnder personeller Ressourcen und begrenzter Plätze in der mobilen Betreuung zu Versorgungsengpässen kommt und daher zum Teil KlientInnen nicht in der Intensität betreut werden können, wie es ihrem Bedarf entspricht (Klausur 2014).

ABGESTUFTE WOHNFORMEN

Konkret richten sich diese Leistungen an Menschen, die aufgrund ihrer längerfristigen, psychisch bedingten Beeinträchtigung professionelle Unterstützung zur Alltagsbewältigung im Bereich Selbstversorgung und Wohnen benötigen. Der internationalen Entwicklung folgend, sollten diese Unterstützungen an den individuellen Bedarf angepasst werden und damit eine weitgehende Normalisierung der Wohnform erreicht werden.

Im Bereich Selbstversorgung und Wohnen wurden im Zuge der Evaluation 2002 710 Plätze erhoben, das entsprach 92 % der ÖBIG Minimalanforderung (vgl. Katschnig et al. 2003, 301). Diese Plätze verteilten sich auf die NÖ Landes-Pensionisten- und Pflegeheime, private Pensionisten- und Pflegeheime, Betreuungsstationen

⁴³ Es wurde mit 42 Wochen pro Jahr tatsächlicher Betreuungszeit gerechnet.

⁴⁴ Im Rahmen des derzeitigen NÖ Leistungskatalogs für die PSDs scheinen aus NÖ-Sicht 150 Wochenstunden für diese Leistungen ausreichend zu sein.

in NÖ Landes-Pensionisten- und Pflegeheimen, Wohneinrichtungen für psychisch behinderte Menschen und »Mischeinrichtungen«⁴⁵. Dabei wurden 88,2 % aller Personen in den erhobenen Wohnformen in Pensionisten- und Pflegeheimen versorgt und lediglich 11,8 % in speziellen Wohneinrichtungen für psychisch behinderte Personen (vgl. ebd., 342).

Wie bereits dargestellt, gibt es (heute) in Niederösterreich Betreuungsstationen, Betreuungszentren und private Pflegeheime, in denen insgesamt 739 vollbetreute Wohnplätze angeboten werden. Zusätzlich gibt es im Landespflegeheim Wallsee neun BewohnerInnen, die aus Betreuungsstationen übernommen wurden. Darüber hinaus sollen keine BewohnerInnen aus Betreuungsstationen mehr aufgenommen werden. Damit erhöht sich die tatsächliche Anzahl der vollbetreuten Plätze auf 748.

Einrichtung	Plätze
Betreuungszentren	230
Betreuungszentrum Beer	100
Betreuungsstationen (inkl. gemischte BST)	310
Landespflegeheim Wallsee ⁴⁶	9
Private Pflegezentren	99
Gesamt	748

Tabelle 26: Anzahl Plätze vollbetreutes Wohnen in PSBZ, BST, privaten Pflegezentren
Daten aus LRH 2013, 6 und Abfrage GS5

Darüber hinaus bieten PSZ GmbH, Caritas St. Pölten und verschiedene andere Anbieter insgesamt 346 Plätze in, nach Betreuungsintensität variierenden, Wohnformen an. Die PSZ GmbH leitet teilbetreute Wohnprojekte (Edgar: 8 Plätze; Brunn: 5 Langzeit-, 3 befristete Plätze), ein rehabilitatives Übergangwohnheim mit verpflichtender Tagesstruktur (Mistelbach: 20 Plätze), punktbetreutes Wohnen (Mistelbach: 9 Plätze, Wiener Neustadt: 13 Plätze) und Wohngemeinschaften für Menschen, die ein hohes Maß an Selbständigkeit mitbringen (Schwechat: 3 Plätze) (vgl. PSZ GmbH 2011, 40-49). Die Caritas St. Pölten betreibt in Schloss Schiltern fünf Wohngruppen mit abgestufter Betreuungsintensität für insgesamt 55 Personen und 12 punktbetretene psychosoziale Wohngemeinschaften mit insgesamt 39 Plätzen (vgl. Caritas 2011b, 46).

Anbieter	Einrichtung	VZÄ	Plätze
PSZ GmbH	Wohnhaus Brunn (teilbetreut)	1,6	8
	Wohnprojekt Edgar (teilbetreut)	2,8	8
	Wohnhaus Mistelbach (Übergangswohnen, teilbetreut)	8,6	20
	Wohngemeinschaft Schwechat (Übergangswohnen, teilbetreut)	k.A.	3
	Punktbetretete Einzelwohnungen Mistelbach	k.A.	9
	Wohnprojekt Fischlgasse Wr. Neustadt (punktbetr. Einzelwohnungen)	k.A.	13
	Gesamt		13,0
Caritas St. Pölten	Schloss Schiltern (vollbetreut)	38,4	55
	Psychosoziale Wohngemeinschaften (PWG) (punktbetreut)	1,0	39
Gesamt		39,4	94
Gesamt		52,4	155

Tabelle 27: Wohneinrichtungen PSZ GmbH und Caritas St. Pölten
Daten aus Abfrage Caritas St. Pölten und PSZ GmbH

45 Soziale Einrichtungen im Sinne von Wohn- und Langzeittherapieeinrichtungen für alkohol- und drogenerkrankte Personen sowie für obdachlose Personen.

46 Beim Landespflegeheim Wallsee handelt es sich um keine ausgewiesene Betreuungsstation für psychiatrische KlientInnen, allerdings werden hier neun betreut.

Anbieter	Plätze
Haus der Künstler	14
Emmaus Gemeinschaft	53
Verein »Morgenstern«	22
PSYWORKS GmbH	11
Arbeitsgemeinschaft Sozialdienste Mostviertel	57
Psychosoziales Gesundheitszentrum	14
Verein Möwe	8
Kolpingfamilie Baden	12
Gesamt	191

Tabelle 28: Wohneinrichtungen aller Betreuungsstufen anderer Anbieter
Daten aus Abfrage G55

Wohneinrichtungen		SOLL 2003	vollbetreut IST 2012	teilbetreut und punktbetreut IST 2012	SOLL 2012
vollbetreut IST 2003	teil-/punktbetreut IST 2003				
556	154		897	118 79	
710		773-1.082	1.094		807-1.130

Tabelle 29: Wohneinrichtungen IST und SOLL 2003, IST und SOLL 2012
Daten für 2003 aus Katschnig et al. 2003, 347

Das entspricht insgesamt 1.094 Plätzen, also 0,6 Plätzen pro 1.000 EinwohnerInnen und liegt damit in der Mitte des nach ÖBIG (1998, zitiert nach Katschnig et al. 2003, 301) definierten Bereichs mit 0,5-0,7 Plätzen/1.000 EinwohnerInnen. Dabei fällt auf, dass über 80 % des Angebots aus vollbetreuten Plätzen besteht. Trotz umfassender Recherche konnte der hier zitierte ÖBIG Bericht nicht im Original gefunden werden, weshalb auch keine weiteren Angaben zu einer eventuellen Aufteilung der referierten 0,5-0,7 Plätze/1.000 EinwohnerInnen in punkt-, teil-, bzw. vollbetreut gemacht werden können. Jedenfalls muss hier festgehalten werden, dass diese Empfehlungen nunmehr 15 Jahre alt sind und damit überdacht werden müssen. In der Zwischenzeit ist der Prozess der Enthospitalisierung vorangeschritten und soll, wie auch im Arbeitsprogramm der Bundesregierung festgeschrieben, weiter fortgesetzt werden (vgl. Bundeskanzleramt 2013, 54f.).

2002 erfassten Katschnig et al. (301) 710 Plätze im Bereich Wohnen, wobei »Wohnheime für geistig behinderte Menschen [...] und die Langzeit- und Rehabilitationsbereiche in der LNK Gugging (Donauklinikum) und in der LNK Mauer« nicht erhoben wurden. Dabei werden rund drei Viertel der KlientInnen in vollbetreuten Einrichtungen und ein Viertel in teil- oder punktbetreuten Einrichtungen versorgt.

Katschnig et al. (2003, 322ff) empfahlen, dass Großgruppenwohnen in Heimen mit Betreuung rund um die Uhr (vollbetreut) nur für Personen mit hohem Pflege- und Betreuungsbedarf in Erwägung gezogen werden sollte.

» Die Realität sieht heute weitgehend so aus, dass es erstens heißt: *Entweder daheim ohne professionelle Hilfe oder professionelle Hilfe und dafür nicht daheim.* Und zweitens: *Wenn sich der individuelle Unterstützungsbedarf ändert, dann wird in der Folge eine Platzierung in einer Einrichtung in Erwägung gezogen.* «
(Katschnig et al. 2003, 328)

Auch bei der Klausur 2014 wurde von den ExpertInnen betont, dass es zu wenig Wohnraum im teil- und punktbetreuten Wohnen (Wohnen in Kleingruppen und Einzelwohnungen) gibt. Aufgrund dieses Mangels kommen viele KlientInnen in den vollbetreuten Bereich oder leben in der Familie (wo es zu Konflikten kommen kann), die eigentlich alleine leben könnten. Es geht folglich weniger um die Quantität – also die Anzahl an Plätzen –, sondern um die Qualität, also die Verteilung der Plätze auf verschiedene Angebotsformen. Es ist nicht (nur) nötig, mehr Wohnraum zu schaffen, sondern flexiblere und innovativere Modelle zu entwickeln.

TAGESSTRUKTUR

Hierbei handelt es sich um Maßnahmen und Einrichtungen, die darauf abzielen, psychisch beeinträchtigte Menschen zu aktivieren, ihrem Tag Struktur zu verleihen und ihnen den Aufbau und Erhalt sozialer Kontakte zu ermöglichen. Dabei sind die Erreichbarkeit und Niederschwelligkeit wesentliche Qualitätskriterien (vgl. Katschnig et al. 2003, 140 und 421). Im Bereich der Tagesstruktur wurden 2002 520 Plätze gemeldet – um 12 % mehr als die vom ÖBIG geforderte Minimalanforderung. Ein weiterer Ausbau in der bisherigen Form erschien nicht nötig, hingegen würden institutionelle Beschäftigungs- und Begegnungsmöglichkeiten außerhalb der Wohnbereiche benötigt, um der Isolation und gesellschaftlichen Diskriminierung von psychisch behinderten Personen entgegenzuwirken. Dabei sollte der Kontakt zwischen den KlientInnen und psychisch nicht beeinträchtigten Mitbürgern gefördert werden, etwa in multifunktionalen Tages- und Integrationszentren. (vgl. ebd., 421 und 423f.) Dieser Aspekt wird bei den derzeitigen Angeboten zur Tagesstrukturierung nach wie vor vernachlässigt. Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass hier auch die Bereitschaft und das Interesse von nicht beeinträchtigten Mitbürgern notwendig ist.

ICM-TAGESSTRUKTUR

Ergänzend zur persönlichen Betreuung im Intensive Case Management werden an den ICM Standorten von PSZ GmbH und Caritas St. Pölten sozialtherapeutische, ergotherapeutische und alltagsbegleitende Gruppen und Einzelbetreuung angeboten. 2012 waren insgesamt 2,67 VZÄ MitarbeiterInnen der PSZ GmbH und 5,47 VZÄ MitarbeiterInnen der Caritas St. Pölten in diesem Bereich beschäftigt. Genaue Zahlen der Inanspruchnahme liegen (noch) nicht vor.

CLUB

Die Clubs bieten ein niederschwelliges Angebot für Freizeit und Tagesstrukturierung, in deren Rahmen soziale Kontakte gepflegt und therapeutische Angebote in Anspruch genommen werden können. Es werden vielfältige Aktivitäten geboten (Gespräche in Gruppen, kreative Tätigkeiten, sportliche Tätigkeiten, gesellige Aktivitäten etc.). Die PSZ GmbH betreibt Clubs an 10, die Caritas St. Pölten an 12 Standorten, jeweils für mindestens 20 Stunden pro Woche (vgl. PSZ GmbH 2014; Caritas 2011b, 29).

TAGESSTÄTTEN

Die PSZ GmbH unterhält an drei Standorten Tagesstätten (102 Plätze inkl. Tagesstruktur im Übergangswohnhaus), in denen »für Menschen, die in Folge einer psychischen Erkrankung derzeit keiner Berufstätigkeit nachgehen können [...] soziale und berufliche Rehabilitation in unterschiedlichen Werkstätten mit umfassenden therapeutischen Zusatzangeboten« (PSZ GmbH 2014) angeboten wird.

Tagesstätten werden von der PSZ GmbH als Tageszentren bezeichnet.

TAGESSTRUKTUR IN WOHNEINRICHTUNGEN

Auch in Wohneinrichtungen werden tagesstrukturierende Maßnahmen angeboten: So etwa im Übergangswohnheim Mistelbach (verpflichtend für alle BewohnerInnen), in Schloss Schiltern (sechs Beschäftigungsgruppen für maximal 76 KlientInnen, intern sowie extern) und in den Einrichtungen der ARGE Mostviertel (57 Plätze) und der Emmaus Gemeinschaft (76 Plätze).

Anbieter	Einrichtung	VZÄ	Plätze	KlientInnen
PSZ GmbH	ICM Tagesstruktur	2,67		
	Tagesstruktur Übergangwohnheim Mistelbach	k.A.	20	20
	Tagesstätte Mistelbach	} 16,5	35	38
	Tagesstätte Tulln		22	26
	Tagesstätte Schwechat		25	36
	Club	9,8		479
	Gesamt	28,97	102	599
Caritas	ICM-Tagesstruktur	5,47		
	Beschäftigungsgruppen Schloss Schiltern	10,41	76	80
	Club	10,82		
	Gesamt	26,70	76	
Gesamt		55,67	178	

Tabelle 30: Tagesstrukturierung PSZ GmbH und Caritas St. Pölten
 Daten aus Abfrage PSZ GmbH und Caritas St. Pölten

Anbieter	Einrichtung	Plätze
ARGE Mostviertel	ARGE Mostviertel	22
	Haus Lichtbogen	17
	Haus der Geborgenheit	18
	Purgstall	34
	Gesamt	91
Emmaus	Frauen	7
	Viehofen	39
	CityFarm	30
	Gesamt	76
andere	Caritas Wien	25
	Kolping Baden	27
	Verein »Morgenstern«	22
	PSGZ Mödling	12
	Künstlerhaus Gugging	14
	PSYWORKS GmbH	16
	Gesamt	116
PSZ GmbH		102
Caritas St. Pölten		76
Gesamtplätze		461

Tabelle 31: Tagesstrukturierung/Tagesstätte Emmaus, PSZ GmbH und Caritas St. Pölten
 Daten aus Abfrage des jeweiligen Anbieters
 andere Anbieter: Daten GSS

Insgesamt werden also in Niederösterreich 461 Plätze in tagesstrukturierenden Einrichtungen angeboten. Club und ICM Tagesstruktur bleiben unberücksichtigt. Der wahre Wert des IST-Standes ist bedeutend höher.

BERUFLICHE EINGLIEDERUNGSHILFEN UND ARBEITS-/TRAININGSEINRICHTUNGEN

Dieser Bereich zielt darauf ab, Menschen mit psychischen Erkrankungen in den (Ersten) Arbeitsmarkt zu (re-) integrieren. Dazu werden unterschiedliche Maßnahmen angeboten. Katschnig et al. (2003, 432ff) regten an, dass die mobile Erbringung von Unterstützungsleistungen im betrieblichen Kontext (first place, then train) im Sinne der Normalisierung Vorrang gegenüber Leistungen in beruflichen Rehabilitationseinrichtungen (first train, then place) haben sollte.

- » Eine gesellschaftlich anerkannte und subjektiv befriedigende Arbeit dient nicht nur der finanziellen Absicherung des Lebensunterhaltes und damit der Unabhängigkeit von öffentlichen Geldern, sondern trägt unter anderem auch zur sozialen Integration und Anerkennung, zur Tagesstrukturierung, zur Selbstbestätigung bzw. Identitätsbildung und zur Normalisierung bei. Der Ausschluss vom Arbeitsleben und die damit einhergehende erzwungene Untätigkeit führen zu psychischen Belastungen und letztlich zu zusätzlichen Beeinträchtigungen und vermehrtem Unterstützungsbedarf. «
- (Katschnig et al. 2003, 436)

Im Bereich Arbeit wurden 2002 90 Arbeitstrainings- und 232 Arbeitsassistentenplätze gemeldet. Zählt man diese Plätze zusammen, wären 69 % der Minimalanforderungszahlen des ÖBIG erfüllt (vgl. ebd. 455). Die Arbeitstrainingsplätze verteilten sich allerdings auf nur drei Psychiatrieregionen (fünf Bezirke), sodass hier die Vorgabe nicht erreicht wurde (vgl. ebd. 448f.).

REHAWERKSTATT, ARBEITSTRAININGSZENTREN SOWIE BESCHÄFTIGUNGS- UND BERUFSORIENTIERUNG

Im Jahr 2012 wurden von der PSZ GmbH 40 KlientInnen (29 Plätze) und von der Caritas St. Pölten 24 KlientInnen (40 Plätze) in Rehawerkstätten auf den Ersten Arbeitsmarkt vorbereitet. In den Arbeitstrainingszentren der PSZ GmbH wurden 50 KlientInnen (24 Plätze) mittels realistischer Arbeitsbedingungen in Werkstätten mit betrieblichem Charakter für den Ersten Arbeitsmarkt qualifiziert. 109 Personen absolvierten das Arbeitstraining BBO für berufliche Integration der Caritas St. Pölten (vgl. PSZ GmbH 2014; Caritas 2014).

ARBEITSASSISTENZ UND JOB COACHING

Diese Unterstützungsleistungen ermöglichen durch Betreuung und Beratung Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen den Weg (zurück) in den Ersten Arbeitsmarkt und unterstützen auch direkt am Arbeitsplatz. Insgesamt 2.379 Kontakte gab es zwischen Arbeitssuchenden und Berufstätigen mit psychischen Problemen und ihren BetreuerInnen im Rahmen der Arbeitsassistenten (Hilfe bei der Arbeitssuche und dem Berufseinstieg, Beratung bei Konflikten und drohendem Verlust des Dienstverhältnisses, Beratung für ArbeitgeberInnen). 40 KlientInnen bzw. deren KollegInnen und Vorgesetzte wurden von der Caritas St. Pölten im Rahmen des Job Coachings in der Einschulungs- und Einarbeitungsphase begleitet und in schwierigen Situationen am Arbeitsplatz unterstützt (vgl. PSZ GmbH 2014; Caritas 2014).

Anbieter	Einrichtung	VZÄ	Plätze	KlientInnen pro Jahr	Kontakte/Beratungen
PSZ GmbH	Rehawerkstatt	1,9	29	40	
	ATZ Süd	8,0	24	50	
	Arbeitsassistenten für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung	15,1		698	
	Gesamt	25,00	53	788	
Caritas	Rehawerkstatt	1,5	40	24	
	BBO Beschäftigungs- & Berufsorientierung	9,6	31	109	
	Arbeitsassistenten für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung	8,64		242	1.274
	Job Coaching	5,00		20	
Gesamt	24,74	71	395	1.274	
Gesamt		49,74	124	1.183	

Tabelle 32: Berufliche Eingliederungshilfen PSZ GmbH und Caritas St. Pölten
Daten aus Abfrage PSZ GmbH und Caritas St. Pölten

Berufliche Eingliederungshilfen und Arbeits-/Trainingseinrichtungen				
	Arbeitstraining IST 2003	Arbeitsassistenten IST 2003	Arbeitstraining IST 2012	Arbeitsassistenten IST 2012
	90	232	124 (Plätze)	960 ⁴⁷ (=Klienten=Plätze)

Tabelle 33: Berufliche Eingliederungshilfen IST 2003 und IST 2012
Daten für 2003 aus Katschnig et al. 2003, 455; Bei Arbeitsassistenten (2012) konnten nur die im Jahr 2012 betreuten KlientInnen dargestellt werden.

47 Bei Arbeitsassistenten konnten nur die im Jahr 2012 betreuten KlientInnen dargestellt werden.

Insgesamt wurden 2012 124 Arbeitstrainingsplätze zur Verfügung gestellt und 1.349 KlientInnen im Rahmen von Arbeitsassistenz und Job Coaching betreut. Ein Kontingent an Plätzen für Arbeitsassistenz bzw. Job Coaching kann hier allerdings nicht dargestellt werden. Die Richtwerte der ÖBIG (1998, zitiert nach Katschnig et al. 2003, 301) lauten 0,3–0,5 Plätze pro 1.000 EinwohnerInnen zu schaffen. Das wären zwischen 484 und 807 tatsächliche Plätze. Katschnig et al. (2003, 455f.) empfehlen, den quantitativen Bedarf an Plätzen systematisch aus konkreten, individuellen Hilfeplanungen abzuleiten, sodass

» [...] den Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in allen Psychiatrieregionen das Recht auf eine wohnortnahe Arbeit bzw. sinnvolle arbeitsähnliche Tätigkeit und/oder eine Ausbildung gewährt wird und dass diese dem individuellen Leistungsbeitrag entsprechend entlohnt wird. « (Katschnig et al. 2003, 456)

Das wurde auch bei der Klausur 2014 betont. Es herrscht ein Mangel an Arbeit für psychisch beeinträchtigte Menschen. Die KlientInnen sind häufig nicht sozialversichert und bekommen lediglich ein Taschengeld, was als diskriminierend empfunden wird.

5.2.3. Betroffenen- und Angehörigenarbeit⁴⁸

SELBSTHILFE HSSG

Der Verein HSSG Landesverband NÖ (Verein Hilfe zur Selbsthilfe für seelische Gesundheit) ist Niederösterreichs Interessensvertretung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie Menschen mit psychosozialen Problemen. Der HSSG vereinigt die einschlägigen Selbsthilfevereine und Selbsthilfe-Gruppen, vernetzt diese mit Initiativen und gibt Hilfestellung zur seelischen Gesundung sowie Hilfe zur Selbsthilfe. Es werden Selbsthilfegruppen gegründet und organisiert. Sämtliche Gruppen sind eigenständig und werden von einer/m Betroffenen geleitet. Die gegenseitige Unterstützungsleistung und Hilfe der Betroffenen bei Krisen wird gefördert. Ferner vertritt der HSSG die Anliegen und Interessen der Betroffenen gegenüber Gesetzgebung und Verwaltung, Behörden und Ämtern, Sozialversicherungsanstalten, Arbeits- und Sozialgerichten, medizinischen Einrichtungen, Gutachtern etc.

74

Ein wesentlicher Auftrag des HSSG ist die Aufklärungsarbeit. Hierbei wird der Versuch unternommen, die Bevölkerung für die Lage der Betroffenen zu sensibilisieren, durch Information und Angstabbau Stigma und Diskriminierung abzubauen und zur Vorbeugung durch Früherkennung bei sich selbst sowie im sozialen Umfeld beizutragen. Des Weiteren fungiert der HSSG als Sprachrohr für die Anliegen der Menschen, die aufgrund ihres »Anders-Seins« Nachteile erleiden müssen. Er ist dabei Ansprechpartner für Einzelpersonen, Selbsthilfegruppen, politische EntscheidungsträgerInnen und alle Personen, die im psychosozialen Bereich tätig sind. Die Zusammenarbeit mit den zuständigen Institutionen und EntscheidungsträgerInnen ist für die Realisierung der Ziele des HSSG von zentraler Bedeutung.

Ein Ziel ist es, Erfahrungen und Hoffnung (weiter) zu geben, im Sinne von »Betroffene helfen Betroffenen«, denn sie sind die ExpertInnen in eigener Sache und kennen die Wünsche, Probleme und Bedürfnisse. Sie wissen, wie wichtig Integration und Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen in die Gesellschaft sind und wie zentral Förderung und Stärkung (Empowerment) für die seelische Gesundheit sind. Eine maßgebliche Rolle spielt dabei auch die Beteiligung an dem Projekt »EX-IN«-Ausbildung als Genesungsbegeleiter in der NÖ Landeskliniken-Holding.

Durch den erfolgreichen Umgang mit der eigenen Betroffenheit sehen sich die Verantwortlichen des HSSG als BegleiterInnen für andere Menschen auf dem Weg zur Verbesserung ihrer Lebensqualität. In ihren Gruppen sind Beratungen auch ohne Mitgliedschaft möglich. Derzeit gibt es 68 Mitgliedsgruppen. Die Gruppentreffen finden je nach Gruppe wöchentlich, 14-tägig oder monatlich statt. Meist bilden 6 bis 12 Personen eine Gruppe. Es sind also ca. 800 Personen an Treffen des HSSG beteiligt. Pro Jahr kontaktieren je Gruppe ca. 30 verschiedene Betroffene die Gruppe, das sind über 2.000 Personen.

48 erstellt von Bernhard und Heintz für diesen Evaluierungsbericht 2014

ANGEHÖRIGENHILFE HPE

Der Verein HPE – Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter – wurde 1978 gegründet. Alle Angebote der HPE zielen darauf ab, Personen, die Menschen mit psychischen Erkrankungen betreuen und unterstützen, mit ihnen zusammenleben oder massiv vom Krankheitserleben mit betroffen sind, mit Information, Beratung, Austausch und Begleitung beizustehen. Die Angehörigen sind durch die dauernde emotionale und psychische Belastung, so wie Unsicherheit, Unwissenheit und falsche Schuldgefühle überfordert.

Im Rahmen des Selbsthilfevereines HPE Niederösterreich engagieren sich Personen, die selber bereits längere Zeit Angehörige eines psychisch erkrankten Menschen sind. Diese haben Erfahrung mit der Bewältigung vieler der anstehenden Probleme, haben viel Erfahrung in der Arbeit mit anderen Angehörigen, nehmen laufend an Weiterbildungen und viele auch an Supervisionen teil.

Mit der Arbeit der HPE Niederösterreich sollen u. a. folgende Ziele erreicht werden:

- Menschen, die psychisch Erkrankte betreuen und dabei oft an die Grenzen der eigenen Belastbarkeit stoßen, sollen Entlastung erfahren, um so Burn-Out, Depressionen und psychosomatischen Beschwerden vorzubeugen.
- Die Bereitschaft, Hilfe in dieser schwierigen Situation zu suchen und vor allem annehmen zu können, soll gefördert werden.
- Über die rechtzeitige Information für Unterstützungsmöglichkeiten und soziale Rechte sollen soziale Notlagen verhindert werden.
- Durch die Information und Unterstützung der Angehörigen sollen diese in der Lage sein, psychisch Erkrankte, die selbst Therapien und Unterstützung ablehnen zu motivieren, Hilfe anzunehmen.
- Informierte und unterstützte Angehörige sind besser in der Lage für psychisch Erkrankte ein förderndes soziales Umfeld zu schaffen und können so wesentlich zur Rückfallsvermeidung und Genesung beizutragen.
- Die eigenen, persönlichen Ressourcen der Angehörigen werden gefördert, damit diese weiterhin die/den psychisch Erkrankte/n unterstützen können.
- Als wichtiger Teil der Stärkung der Angehörigen (Empowerment) werden die Selbsthilfeaktivitäten gefördert und unterstützt.

Von besonderer Bedeutung ist, dass mehr als 35 % der PatientInnen, deren Angehörige zur HPE kommen, erkrankungsbedingt jede professionelle Unterstützung oder Therapie ablehnen. Gerade diese Angehörigen sind besonderen Belastungen ausgesetzt. Aber gerade wenn es in diesen Fällen zu einer länger andauernden Unterstützung der Angehörigen kommt, gelingt es, dass die Angehörigen es schaffen, die/den Erkrankte/n zu einer Therapie oder Unterstützung zu motivieren.

Zahlreiche Studien belegen, dass Erkrankte, deren Angehörige unterstützt werden, ein wesentlich geringeres Risiko für eine stationäre Aufnahme und eine bessere Lebensqualität haben.

Derzeit zählt die HPE 500 InteressentInnen und 250 zahlende Mitglieder. Jedoch ist die Anzahl der Personen, die die Angebote jährlich in Anspruch nehmen, wesentlich höher, da sie auch Nicht-Mitgliedern offenstehen.

Angebote der HPE in Niederösterreich:

- Selbsthilfegruppen für Angehörige psychisch Erkrankter (Weiterbildung und Supervision für ehrenamtliche ModeratorInnen)
- Beratung von Angehörigen für Angehörige
- Homepage (www.hpe.at/niederoesterreich) mit Informationen und Möglichkeiten zum Austausch
- Professionelle Online-Beratung
- Informationsmaterialien (Zeitschrift KONTAKT, zahlreiche Broschüren)
- Nutzen der Familienberatungsstelle (professionelle Beratung, Seminare, u.v.m.) der HPE in Wien
- Vortragsveranstaltungen

Mitarbeit und Interessensvertretung:

- Teilnahme und Vorträge im Rahmen von Tagungen und Seminaren (z. B. Psychiatrische Tagungen, Polizeiseminare, Bündnis Depression, Pflegeschulen, psychosoziale Vereine)
- Einbringen der Erfahrungen von Angehörigen in Gremien und Arbeitsgruppen
- Pressearbeit
- Österreichweite und internationale Zusammenarbeit mit Angehörigenvereinen

BÜNDNIS GEGEN DEPRESSION

»Depressive Störungen verursachen den größten Anteil der durch Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre in den Industrienationen« (Lopez et al. 2006, zitiert nach Cibis et al. 2008, 430). Obwohl hauptsächlich ambulant behandelt, stellten PatientInnen mit depressiven Störungen (27,2 %) den größten Anteil der Aufenthalte in den NÖ Landeskliniken sowie auch bundesweit (Aufenthalte aufgrund affektiver Störungen 29 %) (vgl. Valady 2013, 10) im Jahr 2012 dar. Von zentraler Bedeutung für die Behandlung der Erkrankten ist es, eine hohe Durchdringungsrate zu erzielen. Dazu ist es nötig, depressiv Erkrankte zu motivieren, sich in Behandlung zu begeben und zu bleiben sowie die Kompetenz von ÄrztInnen, eine depressive Erkrankung zu erkennen und zu behandeln, zu steigern (vgl. Cibis et al. 2008, 430).

76

An dieser Stelle setzt das Bündnis gegen Depression an:

»» Das Bündnis gegen Depression ist eine europaweite Initiative, der 2008 das NÖ Bündnis gegen Depression beigetreten ist. Die Initiative verfolgt das Ziel, Diagnose und Behandlung depressiv erkrankter Menschen zu verbessern, eine Veränderung des Bewusstseins in der Öffentlichkeit und Fachwelt gegenüber dieser häufigen und ernsthaften Erkrankung – somit auch eine Entstigmatisierung Betroffener – und eine Abnahme von Suiziden und Suizidversuchen zu erreichen. «« (Grill et al. 2012, 1)

BündnispartnerInnen sind die Abteilung für Gesundheitsvorsorge im NÖGUS, die Caritas St. Pölten und die Psychosoziale Zentren GmbH. Das Bündnis gegen Depression wurde von Betroffenen mitentwickelt. Ziel ist es, in allen niederösterreichischen Bezirken öffentlichkeitswirksame Maßnahmen mit verschiedenen Zielgruppen zu setzen. 2012 wurden gemeinsam mit Betroffenen 104 Veranstaltungen mit insgesamt 3.398 TeilnehmerInnen durchgeführt. Zielgruppen waren hierbei: Exekutivbeamte, LehrerInnen, KindergärtnerInnen, ÄrztInnen, SchülerInnen, SeelsorgerInnen, pflegende Angehörige und allgemeine Öffentlichkeit (Veranstaltungen im Rahmen der Gesunden Gemeinde) (vgl. Grill et al. 2012, 2; Klausur 2014).

5.3. Darstellung derzeitiger Versorgungspfade

Für die Darstellung derzeitiger Versorgungspfade gibt es besonders im außerstationären Bereich wenig eindeutige Hinweise, da die Pfade, entlang derer KlientInnen die »Versorgungslandschaft« durchlaufen, sehr unterschiedlich sein können. Von daher steht zunächst der stationäre Bereich im Fokus.

Bei der Klausur im April 2014 wurde darüber diskutiert, dass verschiedene Wege zu einem stationären Aufenthalt führen können. ZuweiserIn kann die/der KlientIn selbst sein, aber auch Angehörige, Rettung, die/der AllgemeinmedizinerIn, oder Fachärztin/-arzt, das AMS, die Justiz usw. Kinder und Jugendliche werden häufig von der Jugendwohlfahrt oder von der Schule überwiesen. Als problematisch wurde erachtet, dass es in Niederösterreich keine Behandlungsambulanz gibt, sondern lediglich Aufnahmeambulanzen (»Rein-Raus-Ambulanzen«). Allgemein wäre ein »first point of service« hilfreich, wo die Erstabklärung erfolgt (ist etwas krankheitswertig oder nicht), um dann die notwendigen Schritte einzuleiten (Klausur 2014).

Während des Aufenthalts in einer psychiatrischen Abteilung nimmt der Verbindungsdienst des PSD Kontakt mit jenen Personen auf, die nach der Entlassung vermutlich eine Unterstützung durch den PSD benötigen werden. Ebenso kündigen MitarbeiterInnen des PSD von ihnen betreute Personen an, für die möglicherweise ein stationärer Aufenthalt notwendig sein wird. Sie übernehmen überdies weitere patientInnenbezogene Koordinationsaufgaben. Somit stellt der Verbindungsdienst die Schnitt-/Nahtstelle zum und vom stationären Bereich dar.

Stark kritisiert wurden von den ExpertInnen (Klausur 2014) die Unterversorgung und die Wartezeiten im Bereich der Psychotherapie. Nach einem stationären Aufenthalt müsse man mit Wartezeiten von bis zu sechs Monaten rechnen, um einen von der Krankenkasse bezahlten Therapieplatz zu erhalten. Darüber hinaus würden nicht alle PsychologInnen und PsychotherapeutInnen schwer erkrankte PatientInnen behandeln (können). Diese Versorgungslücke bedinge zum Teil Drehtüreffekte.

Eine weitere Leistung des PSD ist die Diagnostik oder das Assessment. Nach einer umfassenden Anamnese wird dabei von einem multiprofessionellen Team entschieden, welche Leistung für die betreffende Person sinnvoll ist: Case, Intensive Case Management oder andere Unterstützungsleistungen aus dem psychosozialen Feld (z. B. in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Tagesstruktur), zu denen es die Person dann weitervermittelt (Land Niederösterreich 2012).

Beim Case Management übernimmt der PSD die ganzheitliche Versorgungsverantwortung, da es besonders für KlientInnen schwer ist, den Leistungskatalog zu durchblicken, weil es an der nötigen Transparenz in der Versorgungslandschaft und einer Versorgungshierarchie fehle. Die/der CasemanagerIn »hält den Faden« bei den fragmentierten Leistungen (Klausur 2014).

Zur Weitergabe der grundlegenden Informationen zwischen den LeistungsträgerInnen dient zunächst der Entlassungsbogen bzw. der Arztbericht. Allerdings gibt es hier keine einheitliche Sprache. Die Möglichkeit, diese Dokumente mitzugeben, sei von der/dem PatientIn abhängig. Beim PSD gibt es eine einheitliche Dokumentation. Darüber hinaus gibt es außerstationär keine einheitliche Datenaufbereitung. Problematisch ist die Weitergabe von Daten im Hinblick auf den Datenschutz (Klausur 2014).



6. Exkurse

6.1. Exkurs: Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung⁴⁹

Mit der Errichtung eines eigenen Sonderfaches Kinder- und Jugendpsychiatrie ist dieses nicht mehr als Spezialbereich (Sonderfach) der Erwachsenenpsychiatrie zu sehen, sondern erfordert eigene Planungsüberlegungen. Dies umso mehr, als dass die Planung und Entwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung das gesamte Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche berücksichtigen muss. Jede Entwicklung in einem Bereich hat Auswirkungen auf das gesamte psychosoziale Feld. Teile der Planung müssen daher kooperativ mit den Bereichen Kinder- und Jugendhilfe, Sozialhilfe und Psychiatrie geschehen, vor allem was die überschneidenden Bereiche und Verantwortlichkeiten betrifft. Dieser Tatsache wurde durch die Beauftragung zur Erstellung eines eigenen NÖ Kinder- und Jugendplans durch den NÖGUS Rechnung getragen und soll dort Niederschlag finden.

Hier wird primär der Kernbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie dargestellt. Der komplementäre Bereich ist sehr skizzenhaft aufgezeigt. Genauere Vorstellungen sind gemeinsam mit den jeweiligen PartnerInnen zu entwickeln.

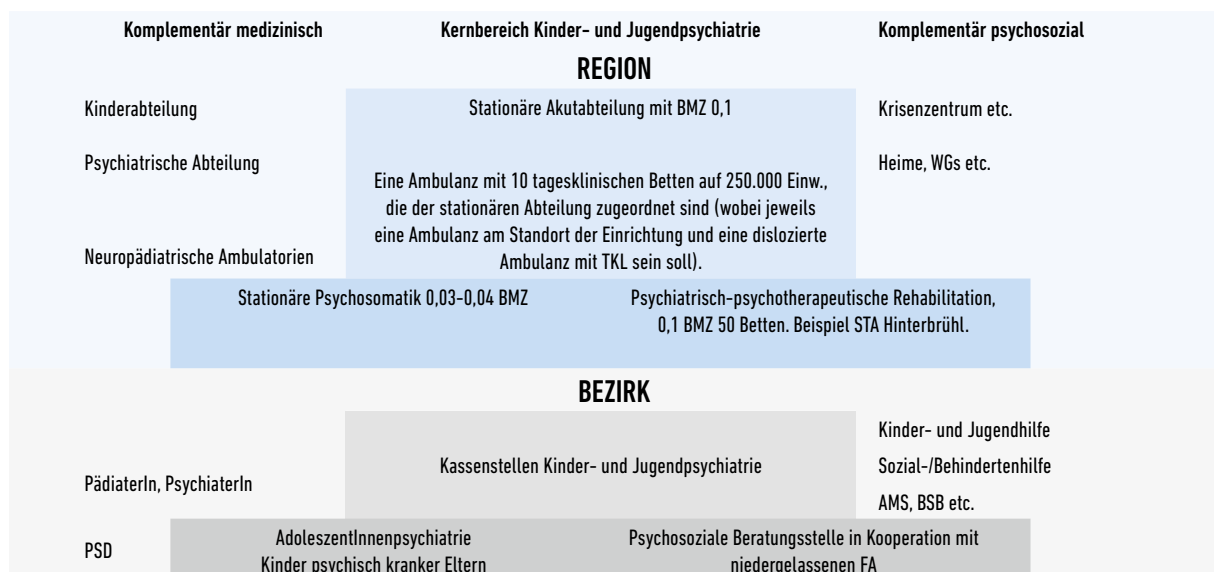


Abbildung 3: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung
Tatzer 2014

49 erstellt von Tatzer für diesen Evaluierungsbericht 2014

Nächste notwendige Schritte:

- Im stationären Kernbereich sind die Bettenkapazitäten des Psychiatrieplans noch nicht erreicht. Eine personelle Ausstattung in allen Fachabteilungen entsprechend den einschlägigen nationalen Fachempfehlungen in NÖ ist anzustreben.
- Von den an die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Abteilungen (KJPP) angeschlossenen Ambulanzen sind die in Tulln und Hinterbrühl realisiert. Es fehlen die Ambulanz in Mauer und die dislozierten Ambulanzen mit den tagesklinischen Plätzen.
- Es sind im Bereich der Niederlassung fünf Stellen realisiert und besetzt. Ein weiterer Ausbau ist in Bearbeitung.

Im Überschneidungsbereich:

- Errichtung von Plätzen zur kinder- und jugendpsychiatrisch/psychotherapeutischen Rehabilitation, die gemeinsam mit der Jugendwohlfahrt finanziert werden, Beispiel: STA Hinterbrühl.
- Psychosoziale Zentren für Kinder und Jugendliche und ihre Familien («Erziehungsberatungsstellen»), die eine niederschwellige Primärversorgung ermöglichen.

6.2. Exkurs: Suchthilfe in Niederösterreich⁵⁰

80

In Niederösterreich steht ein diversifiziertes Suchthilfeangebot zur Verfügung mit dem Ziel, dass NiederösterreicherInnen auf wohnungsnahе Versorgungsangebote zurückgreifen können.

SUCHTBERATUNG

An den 23 Suchtberatungen in NÖ findet eine ambulante und mobile Betreuung von Personen statt, die aufgrund von Alkohol, Medikamenten, illegalen Suchtmitteln oder sonstigen Substanzen abhängig sind bzw. diese missbräuchlich verwenden. Im Bereich der substanzungebundenen Suchterkrankungen bieten alle Suchtberatungen eine Erstberatung an und vermitteln an spezialisierte Einrichtungen weiter. Von den 23 Suchtberatungen gibt es an vier Standorten (Baden, Wiener Neustadt, Mistelbach und St. Pölten) ein spezifisches Angebot für Personen mit einer substanzungebundenen Abhängigkeit.

Insgesamt standen im Jahr 2013 in Niederösterreich 33 VZÄ (1 VZÄ = 40 Wochenstunden) zur Verfügung. Das entspricht ca. 1.322 Wochenstunden (1 VZÄ pro 50.000 EinwohnerInnen). Mitarbeiter in den Suchtberatungen sind ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, Klinische- und Gesundheitspsychologen und SozialarbeiterInnen. Die Träger der Suchtberatungen sind die API Betriebs gemeinnützige GmbH, die Caritas der Diözese St. Pölten und die Psychosoziale Zentren GmbH.

Fünf zusätzliche Jugendsuchtberatungen (Mödling, Purkersdorf, St. Pölten, Waidhofen/Ybbs und Wiener Neustadt) stehen für Jugendliche, die sich in einer Probier- und Experimentierphase befinden, zur Verfügung.

ENTZUGS- UND ENTWÖHNUNGSBEHANDLUNG

Ziel der Entzugsbehandlung ist das Absetzen der konsumierten Substanz bzw. des Beikonsums. Bei missbräuchlichem Konsum mehrerer Substanzen kann auch ein Teilentzug angestrebt und damit eine Stabilisierung erreicht werden.

Das gemeinsame und ressourcenorientierte Erarbeiten anschließender Therapieziele ist neben dem körperlichen Entzug ein wichtiger Bestandteil der Entzugstherapie. Nach einem (Teil-)Entzug ohne therapeutische

⁵⁰ erstellt von Hörhan für diesen Evaluierungsbericht 2014

Begleitung in ein unverändertes Umfeld zurückzukehren, verringert die Chance auf den Erhalt des Therapieerfolges. Entwöhnungsbehandlungen sollen den Betroffenen helfen, abstinent bzw. stabil substituiert zu bleiben.

Der Suchtmittel- und Medikamentenentzug wird in NÖ im Landeskrankenhaus Mauer auf der »3. Psychiatrische Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, Entzugsstation« angeboten. Hier stehen 30 Betten zur Verfügung. Der Verein »Grüner Kreis« bietet ein spezifisches stationäres Substitutionsprogramm an.

Region	Standort	Abteilung	Betten
Mostviertel	Mauer	Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen	30
Thermenregion	Meierhof	Grüner Kreis Stationäre Substitution	20
	Treinthof	Grüner Kreis Stationäre Substitution	16
	Marienhof	Grüner Kreis Stationäre Substitution	80

Tabelle 34: Stationäre Entzugseinrichtungen und stationäre Opioid-Substitution

Für die stationäre Entwöhnungsbehandlung stehen in Niederösterreich fünf Einrichtungsträger zur Verfügung (Anton Proksch Institut, der Grüne Kreis, das Landeskrankenhaus Mauer – 3. Psychiatrische Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, Station für Alkoholabhängigkeit, Verein Reintegration und die Zukunftsschmiede). Von den 379 Betten sind nicht alle Betten für Niederösterreich versorgungswirksam. Die genaue Anzahl der versorgungswirksamen Betten konnte nicht in Erfahrung gebracht werden, da die Kosten für die stationäre Entwöhnungsbehandlung überwiegend vom Land Niederösterreich (Abteilung Sozialhilfe) mittels Subjektförderung übernommen werden. Als Aufnahmekriterium für eine stationäre Entwöhnungsbehandlung gilt der abgeschlossene körperliche Entzug (Ausnahme stationäre Substitutionstherapie im Grünen Kreis).

Für die Inanspruchnahme von Einrichtungen für den körperlichen oder primären Alkoholentzug im Sinne der Vorbereitung auf eine stationäre Entwöhnungsbehandlung liegen keine verbindlichen Daten vor.

Region	Standort	Abteilung	Betten
Mostviertel	Mauer	Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen Abteilung Alkohol	58
Thermenregion	Hinterbrühl	API gemeinnützige GmbH	39
	Königsberghof	Grüner Kreis	20
	Binder	Grüner Kreis	20
	Ettlhof	Grüner Kreis	14
	Marienhof	Grüner Kreis	80
	Villa	Grüner Kreis	20
	Waldheimat	Grüner Kreis	20
	Hochwolkersdorf	Verein Reintegration	20
NÖ Mitte	Purkersdorf	Zukunftsschmiede	88

Tabelle 35: Stationäre Entwöhnungseinrichtungen

OPIOID-SUBSTITUTIONS-THERAPIE

Die Grundlage für die Opioid-Substitution ist in der »Rechtsvorschrift für Weiterbildungsverordnung orale Substitution« geregelt. In Niederösterreich wird diese Therapie bei den niedergelassenen praktischen ÄrztInnen und FachärztInnen für Psychiatrie/Neurologie angeboten. Derzeit stehen in NÖ zwischen 65 und 75 ÄrztInnen zur Verfügung. Von diesen in der Liste eingetragenen ÄrztInnen bieten jedoch nicht alle diese Leistung an. Mit Stichtag 30.06.2012 waren laut Epidemiologiebericht (Busch et al. 2013, 32) in Niederösterreich 73 ÄrztInnen qualifiziert, jedoch 196 ÄrztInnen für Niederösterreich versorgungswirksam.

6.3. Exkurs: Heavy User⁵¹

Unter dem Begriff »Heavy User« werden PatientInnen verstanden, die Leistungen des Gesundheitssystems überdurchschnittlich stark in Anspruch nehmen, oder wie Roick et al. (2002, 334) definieren:

» [...] eine vergleichsweise kleine Gruppe von Patienten, die einen überdurchschnittlich hohen Anteil der für die medizinische Versorgung zur Verfügung stehenden Ressourcen konsumiert. Für die Psychiatrie wird geschätzt, dass 10-30 % aller Patienten heavy user sind, die 50-80 % der Ressourcen des Versorgungssystems in Anspruch nehmen. «

Zum einen können die Eigenheiten der Krankheit sowie das von der Persönlichkeit der/des Betroffenen abhängige Krankheitsverhalten die häufige Nutzung bedingen (vgl. Krautgartner et al. 2002, 356). Zum anderen darf der Einfluss der Versorgung per se und jener von möglichen systemimmanenten Schwierigkeiten nicht außer Acht gelassen werden:

» Die Probleme können ebenso im Bereich der psychiatrischen Versorgung, im Fehlen von finanziellen Anreizen für unterschiedliche Dienste oder im sozialen Umfeld liegen. «

(Böhm et al. 2012, 330)

Die Forschung zu Heavy Usern ist mit der Hoffnung verbunden, zum einen die Behandlung und Versorgung der PatientInnen zu verbessern und zum anderen die Ressourcen effektiver und effizienter einzusetzen. In einer 2011 durchgeführten Studie⁵² definieren Böhm et al. ‚potentielle‘ Heavy User als Personen⁵³ mit:

1. Mindestens zwei Entlassungen im Jahr 2006,
 2. mit einer F-Hauptdiagnose (auf Basis von ICD-10)
 3. in den Bundesländern Burgenland, Niederösterreich, Oberösterreich oder Wien,
 4. kein Ableben im Jahr nach der letzten Entlassung.
- (Böhm et al. 2013, 52)

Als ‚definierte‘ Heavy User hingegen gelten Personen, die zusätzlich folgende Kriterien erfüllen:

1. Mindestens eine Entlassung aus einem Krankenhaus im Jahr 2007,
 2. mit einer F-Hauptdiagnose (ICD-10)
 3. und dem Besuch einer psychiatrischen Abteilung.
- (ebd., 75)

So wurden für die ausgewählten Bundesländer Oberösterreich, Niederösterreich, Burgenland und Wien gesamt 7.414 ‚potentielle‘ (3.394 Männer und 4.020 Frauen) und 1.960 ‚definierte‘ Heavy User (902 Männer und 1.058 Frauen) identifiziert (vgl. ebd., 52 und 75).

Folgende Erkenntnisse werden für die Gruppe der ‚definierten‘ Heavy User im Bericht dargestellt:

- Es gibt ein West-Ost-Gefälle im Anteil der ‚definierten‘ Heavy User, mit dem höchsten Anteil in Oberösterreich (z. B. Linz: 0,24 bis 0,30 % der gesamten Wohnbevölkerung) und dem niedrigsten

51 Die Begrifflichkeit »Heavy User« scheint als Bezeichnung stigmatisierend, als Anregung könnte die Begrifflichkeit in »Intensivnutzer des Systems« geändert werden.

52 Grundgesamtheit waren alle Krankenversicherten (ASVG, GSVG, BSVG und BKUVG), die im Untersuchungszeitraum von 2006 und 2007 in den Bundesländern Oberösterreich, Niederösterreich, Burgenland und Wien mit Hauptwohnsitz gemeldet waren.

53 Die Operationalisierung des Konstrukts »Heavy User« ist sehr heterogen, es gibt auch in der Literatur keine einheitliche Herangehensweise, keinen Konsens ab wann eine Person ein »Heavy User« ist.

im Burgenland (z. B. Eisenstadt: 0,06 bis 0,12 %). In Niederösterreich weist der Bezirk Hollabrunn (zwischen 0,12 und 0,18 %) den höchsten Anteil auf.

- Es kommt zu einer ersten Häufung von Entlassungen im Folgejahr vor Beginn des 20. Lebensjahres.
- Die untersuchten Heavy User sind durchschnittlich 43,9 Jahre alt (Männer: 41,7; Frauen: 45,8 Jahre), wobei ab diesem Alter auch die Zahl der Entlassungen abnimmt.
- Ein Großteil der Heavy User weist zwei bis drei Aufenthalte pro Jahr (Mittelwert: 2,43), bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von etwa 40 Tagen auf.
- Fast ein Drittel fällt dabei in die Gruppe F20-F29 »Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen« (30,36 %), etwa ein Viertel in die Gruppe F30-F39 »affektive Störungen« (26,73 %).
- Durchschnittlich lösten Heavy User 27,69 Rezepte (das Maximum liegt hier bei 261 Rezepten) für Medikamente innerhalb eines Jahres ein. Gesamt wurden 2007, in den untersuchten Regionen, 50.736 Rezepte durch Heavy User eingelöst. (vgl. Böhm et al. 2013, 60-106)

Die Autoren geben zu bedenken, dass es sich bei der Studie um eine deskriptive Darstellung der Inanspruchnahme von Leistungen durch Heavy User handelt, woraus eine eventuelle Über- oder Fehlversorgung nicht eruiert werden konnte. Sie empfehlen dazu eine mehrdimensionale Betrachtung des Phänomens »Heavy User« mittels einem Mix aus qualitativen und quantitativen Methoden (vgl. Böhm et al. 2012, 334).

- »» Diese Kombination könnte auch detailliertere Kenntnisgrundlagen bezüglich der Nutzung psychiatrischer Versorgungsleistungen durch den Heavy User, seiner individuellen Nutzungsrealitäten und subjektiven Handlungsweisen generieren. «« (Böhm et al. 2012, 334)

7

HEALTH



7. Finanzierung der psychiatrischen Versorgung

Bei der Finanzierung der psychiatrischen Versorgung des Landes Niederösterreich wird, wie auch bei der Gesetzgebung, je nach Leistung, zwischen Gesundheits- oder Sozialsystem unterschieden.

- »» Das Gesundheitssystem finanziert die Leistungen der Krankenanstalten und des niedergelassenen Bereichs. Dem Sozialsystem oblag die Finanzierung der Sozialhilfeleistungen für psychisch kranke Menschen (psychosozialer Dienst und komplementäre Dienste). (LRH 2012, 35) ««

Die Komplexität der Finanzierungslogik, die unter anderem aus dieser Teilung resultiert, behindert eine patientInnenorientierte, gemeindenahe Versorgung:

- »» In Austria, financing health care – and even more so mental health care – is characterized by a mix of federal and provincial responsibilities, lack of uniformity in service provision and service providers, and diverse funding arrangements. The division between financing structures for health care and social care makes the situation even more complex. This state of affairs results in various, partly counterproductive and sometimes paradoxical financial incentives and disincentives for the providers, recipients and financiers of mental health services. (Zechmeister et al. 2002, 121) ««

7.1. Finanzierung im Gesundheitssystem

Leistungen aus dem Gesundheitssystem erhalten all jene Personen, bei denen ein Versicherungsfall der Krankheit laut Sozialversicherungsgesetz eintritt, einem »regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, der die Krankenbehandlung notwendig macht« (§ 120 Abs 1 Z 1 ASVG). »Die Krankenversicherung traf Vorsorge in Form von Leistungen für die Krankenbehandlung, erforderlichenfalls medizinische Hauskrankenpflege oder Anstaltspflege« (LRH 2012, 35). Diese Leistungen werden durch die niederösterreichischen Krankenanstalten, die niedergelassenen FachärztInnen, AllgemeinmedizinerInnen und PsychologInnen und PsychotherapeutInnen erbracht. Dabei werden seit 1997 die Krankenanstalten durch das System der »Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung« (LKF) finanziert. Die erforderlichen Mittel stammen von den Sozialversicherungsträgern sowie von Bund, Land und den Gemeinden, darüber hinaus zusätzlich von privaten Versicherungen. Die Mittelaufbringung wird in der Vereinbarung gemäß 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens geregelt, die Verteilung obliegt dem NÖGUS. Leistungen im niedergelassenen Bereich werden einerseits direkt mit den Krankenkassen abgerechnet, und andererseits sind WahlärztInnen

direkt von der/dem PatientIn zu bezahlen; in weiterer Folge kann eine Kostenrückerstattung bei der Krankenkasse beantragt werden (vgl. LRH 2012, 35f.).

Im Jahr 2012 wurden in Niederösterreich rund 88,3 Millionen Euro für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen in den Landeskliniken ausgegeben. 2010 waren es 83,1 Millionen. Das entspricht einer Steigerung von 6,3 %.

Bereich		Kosten
Erwachsenenpsychiatrie	Ambulanter Bereich	974.742,00
	Tagesklinik	5.166.696,00
	Therapie	166.607,00
	Stationärer Bereich	55.995.428,00
	Forensik	8.170.264,00
	Langzeitbereich ⁵⁴	2.239.769,00
	Gesamt	72.713.506,00
Kinder- u. Jugendpsych.	Ambulanter Bereich	1.448.657,00
	Tagesklinik	1.446.784,00
	Stationärer Bereich	12.690.453,00
	Gesamt	15.585.894,00
Summe der Kosten		88.299.400,00

Tabelle 36: Kosten der psychiatrischen Versorgung in den LKNÖ 2012
Daten aus Abfrage NÖ Landeskliniken-Holding.

Für den niedergelassenen Bereich können hier lediglich die Kosten für Psychopharmaka der NÖGKK valide für das Jahr 2012 dargestellt werden: sie betragen rund 38,1 Millionen Euro, wobei 153.980 NiederösterreicherInnen ein Medikament dieser Gruppe von der NÖGKK bezahlt bekamen.

Kennwerte: Daten der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse	
Anzahl Personen, die wegen psychischer Leiden Leistungen aus der Krankenversicherung erhielten	162.028 (53.705 m./107.728 w.) ⁵⁵
Anzahl der Personen, die Psychopharmaka verschrieben bekamen	153.980 (50.417 m./103.563 w.)
Kosten für Psychopharmaka gesamt und pro Verordnung	€ 38.076.904,41 (€ 22,83/Verordnung)
Anzahl der Personen, die aufgrund psychiatrischer Diagnose arbeitsunfähig waren	14.890 (6.113 m./8.777 w.)
· ArbeiterInnen	4.465
· Angestellte	5.832
· Arbeitslose	4.825
Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund psychiatrischer Diagnose	17.983 (7.447 m./10.536 w.)
Durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychiatrischer Diagnose	50 Tage

Tabelle 37: Kenndaten über psychisch erkrankte Menschen in Niederösterreich
Daten aus Abfrage NÖGKK.

Im Jahr 2011 erhoben die Salzburger Gebietskrankenkasse und der Hauptverband der Sozialversicherungsträger im Rahmen eines Projekts die Kosten psychiatrischer Erkrankungen in Österreich. Dazu wurden auch einige Daten aus Niederösterreich dargestellt. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2009 und liefern daher lediglich Anhaltspunkte für die tatsächliche Situation im Jahr 2012.

2009 erhielten 12.809 NiederösterreicherInnen Leistungen aus der psychotherapeutischen Medizin. Gesamt wurden 13,1 Millionen Euro für Psychotherapie, psychotherapeutische Medizin und Neurologie bzw. Psychiatrie ausgegeben (vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2011, Anhang 1).

Kennzahl	
Anzahl der Patienten mit Leistungen aus der psychotherapeutischen Medizin (2009)	12.809
Aufwendungen für Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin (2009)	6.036.902
· davon aus Sachleistungen	4.348.777
· davon aus Kostenerstattung/Kostenzuschuss	1.688.125
Gesamtaufwand laut Ärztekostenstatistik für Neurologie und Psychiatrie (2009)	7.018.999
Gesamtsumme	13.055.901

Tabelle 38: Inanspruchnahme und Kosten für Psychotherapie, Neurologie und Psychiatrie 2009
Zahlen aus Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2011, Anhang 1, 8 und 15ff.

⁵⁴ Die Finanzierung des Langzeitbereichs erfolgt zum Teil über die Sozialhilfe.

⁵⁵ Abweichungen zur Gesamtanzahl erklären sich, weil teilweise das Geschlecht nicht bekannt ist.

7.2. Finanzierung im Sozialsystem

Im Sozialsystem ist die Finanzierung Ländersache⁵⁶ und in Niederösterreich im NÖ Sozialhilfegesetz 2000 (NÖ SHG) geregelt. Zielgruppe des NÖ SHG sind unter anderem Menschen mit besonderen Bedürfnissen und pflegebedürftige Menschen. Die Finanzierung des Psychosozialen Dienstes, der komplementären Dienste und der Betreuungsstationen in Landespflegeheimen und Psychosozialen Betreuungszentren erfolgt über die Sozialhilfe. Zusätzlich werden im Landeskrankenhaus Mauer 20 Betten für LangzeitpatientInnen von der Sozialhilfe finanziert, »für die sich die gesetzliche Krankenversicherung nicht zuständig erklärte« (LRH 2012, 36).

Für Kosten von Sozialhilfemaßnahmen, auf die ein Rechtsanspruch besteht, haben »Hilfempänger, dessen Erben, unterhaltspflichtige Angehörige sowie Personen, denen der Hilfempänger Vermögen geschenkt hatte, Ersatz zu leisten« (LRH 2012, 36). Die nach Abzug dieser Ersätze übrigen Netto-Sozialhilfe-Aufwendungen werden zu gleichen Teilen vom Land und den Gemeinden getragen.

Darunter fallen Leistungen aus den Bereichen Wohnen und Selbstversorgung sowie Tagesgestaltung, für deren Finanzierung Richtlinien der Abteilung Soziales (GS5) vorliegen. Die Finanzierung der Psychosozialen Betreuungszentren und Betreuungsstationen erfolgt mittels Jahrespauschalen pro betreute Person über jährlich durch die NÖ Landesregierung festgelegte Tarife (vgl. LRH 2012, 38).

Leistungen des Psychosozialen Dienstes sind im vollen Umfang vom Land und den Gemeinden zu tragen, da auf diese Leistungen laut SHG NÖ kein Rechtsanspruch besteht und damit die Kostenersatzverpflichtung entfällt. Im Rechnungshofbericht 16/2012 (37) wird kritisiert, dass der Psychosoziale Dienst auch Leistungen erbringt,

» die in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung fielen. Daher war bei der Planung der Finanzierung des Psychosozialen Dienstes auch vorgesehen, mit den Krankenversicherungsträgern zu verhandeln. Der Landesrechnungshof empfahl, diese Verhandlungen verstärkt zu betreiben. « (LRH 2012, 37)

Vom Landesrechnungshof wurden die Kosten für die psychiatrischen Versorgungsstrukturen im NÖ Sozialsystem für das Jahr 2010 erhoben. Insgesamt betragen diese gut 51,8 Millionen Euro (vgl. LRH 2012, 1f.).

Leistung/Einrichtung	Kosten
Psychosozialer Dienst	8.632.062,59
Projekte in Modellregionen	629.736,44
Clubs	1.762.593,42
Wohnen/Tagesbetreuung	15.037.749,67
Gesamt	26.062.142,12
Betreuungsstationen in Landespflegeheimen (inkl. private Heime)	12.679.031,37
Psychosoziale Betreuungszentren	12.015.968,58
Chronischer Langzeitbereich Mauer	1.022.214,56
Gesamt	25.717.214,51
Gesamtaufwendungen 2010	51.779.356,63

Tabelle 39: Kosten für die psychiatrischen Versorgungsstrukturen im NÖ Sozialsystem 2010
Daten aus LRH 2012, 1f.

Auch hier können für das Jahr 2012 keine Daten zu den Kosten angeführt werden, lediglich die Gesamtkosten für die Psychosozialen Betreuungszentren (11.634.082,00 Euro) und die Betreuungsstationen exkl. privater Heime (7.096.751,00 Euro) können dem Landesrechnungshofbericht 11/2013 (18 und 21) entnommen werden.

⁵⁶ Eine Ausnahme bildet die Regelung zum Pflegegeld. Bis 2012 war hier die Vollziehung in Landespflegegesetzen geregelt, nunmehr wird das Pflegegeld ausschließlich im Bundespflegegeldgesetz geregelt und von der Pensionsversicherungsanstalt vollzogen (vgl. Pensionsversicherungsanstalt 2012).



8. Exkurs: Methodische Überlegungen

8.1. Fallzahlerhebung

Epidemiologie: Abschätzung der Prävalenz psychischer Erkrankungen in Niederösterreich

Um den medizinisch-psychiatrischen bzw. sozialpsychiatrischen/psychosozialen Versorgungsbedarf für das Land Niederösterreich zu ermitteln, bedarf es zunächst einer Abschätzung der Prävalenz psychischer Erkrankungen. Die hier angestellten Überlegungen sollen Aufschluss darüber geben, welches Ausmaß an Versorgungsleistungen potentiell benötigt wird, sollten alle betroffenen Personen Hilfe in Anspruch nehmen.

Da es in Österreich keine (aktuellen) epidemiologischen Daten zu psychischen Erkrankungen gibt, wird zur Abschätzung der Prävalenzrate in Österreich auf die prominente Meta-Analyse »The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010« (Wittchen et al. 2011) zurückgegriffen. Diese Untersuchung schätzt die Prävalenzrate verschiedener psychischer Erkrankungen und Gehirnerkrankungen auf der Grundlage zahlreicher Primärstudien aus Europa ab. Laut dieser Studie leiden jährlich 38,2 % der EU-Population an einer psychischen Erkrankung. Die Meta-Analyse inkludiert Studien seit den 1990er Jahren aus Ländern der europäischen Union (EU-27), der Schweiz, Island und Norwegen. Es ist zu beachten, dass die Diagnosen auf der Grundlage des DSM-IV-TR gestellt wurden. Die Diagnosen wurden jedoch mit Hilfe der F-Diagnosen des ICD-10 kategorisiert. Die folgende Tabelle 40 gibt die 12-Monatsprävalenzen einzelner Erkrankungen der Studie von Wittchen et al. (2011) wieder. Das bedeutet, die nachstehenden Zahlen zeigen, welcher Anteil (%) der Bevölkerung im Zeitraum von zwölf Monaten von einer psychischen Erkrankung betroffen ist/war. Im Anschluss daran werden anhand der Daten laut Wittchen et al. (2011) die Anzahl der psychisch erkrankten Personen für Niederösterreich und je Region abgeschätzt (siehe Tabelle 35, Seite 81).

Bei der Abschätzung der Implikationen der Zahlen ist zu beachten, dass nicht alle betroffenen Personen auch professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Wittchen et al. (2011) schreiben hierzu:

» [...]Only one out of two patients with a mental disorder has ever received some professional attention. Among those with at least one contact, the vast majority is seen only in primary care. There is little doubt that only about one in four of all subjects with mental disorders receive any professional mental health help, and even fewer receive notionally adequate [...] mental health care by drugs or psychotherapy. (ebd., 671) «

Die niedrige Behandlungsrate ist ein sehr weit verbreitetes Phänomen, dem man bereits seit langer Zeit entgegenwirken möchte; aber bisher mit mangelndem Erfolg (vgl. Wittchen et al. 2011, 671).

	N der Studien	Median (%)	Spannweite (%) (von-bis)		Experten-basiert (%)	
Psychotische Störungen (F2)	4	1,0	0,2	2,6	1,2	
Affektive Störungen (F3)					7,8	
– Major-Depression	25	5,7	1,0	10,1	6,9	
– Bipolare Störung	11	0,7	0,2	1,1	0,9	
Angststörung (F40, F41)					14,0	
– Panikstörungen	18	1,2	0,6	3,1	1,8	
– Agoraphobie	16	1,2	0,1	3,1	2,0	
– Soziale Phobie	15	2,0	0,6	7,9	2,3	
– Generalisierte Angststörung	14	2,0	0,2	4,3	1,7	3,4
– Spezifische Phobien	12	4,9	3,1	11,1	6,4	
– Zwangsstörung	10	0,7	0,1	2,3	0,7	
– Posttraumatische Belastungsstörung	12	2,3	0,6	6,7	1,1	2,9
Somatoforme Störung (F45)	6	6,3	1,1	11,0	4,9	
Demenz	17				5,4	

Tabelle 40: 12-Monatsprävalenz psychischer Störungen (Auswahl)

Zahlen entnommen aus Wittchen et al. 2011

Alter der Betroffenen: ab 14, 15 oder 18 Jahren (je nach Studie)

Eine Addition der Untergruppen ist aufgrund komorbider Diagnosen nicht möglich.

Generalisierte Zwangsstörung: 14–65: 1.7 %, 66+: 3.4 %

Posttraumatische Belastungsstörung: 14–34: 2.9 %, 35–65: 1.3 %, 66+: 1.1 %

Demenz: 60+

	Median	Spannweite (von – bis)		Experten-basiert
Psychotische Störungen (F2)	13.747,8	2.749,6	35.744,3	16.497,4
Affektive Störungen (F3)				107.232,9
– Major-Depression	78.362,5	13.747,8	138.852,8	94.859,9
– Bipolare Störung	9.623,5	2.749,6	15.122,6	12.373,0
Angststörung (F40, F41)				192.469,3
– Panikstörungen	16.497,4	8.248,7	42.618,2	24.746,1
– Agoraphobie	16.497,4	1.374,8	42.618,2	27.495,6
– Soziale Phobie	27.495,6	8.248,7	108.607,7	31.620,0
– Generalisierte Angststörung	27.495,6	2.749,6	59.115,6	29.527,4
– Spezifische Phobien	67.364,3	42.618,2	152.600,7	87.986,0
– Zwangsstörung	9.623,5	1.374,8	31.620,0	9.623,5
– Posttraumatische Belastungsstörung	31.620,0	8.248,7	92.110,3	24.149,6
Somatoforme Störung (F45)	86.611,2	15.122,6	151.225,9	67.364,3
Demenz				21.930,6

Tabelle 41: Schätzung Anzahl der Betroffenen (Niederösterreich gesamt)

EinwohnerInnenzahl 2013: 1.621.469⁵⁷

Alter der Betroffenen: ab 14, 15 oder 18 Jahren (je nach Studie)

Eine Addition der Untergruppen ist aufgrund komorbider Diagnosen nicht möglich.

Generalisierte Zwangsstörung: 14–65: 1.7 %, 66+: 3.4 %

Posttraumatische Belastungsstörung: 14–34: 2.9 %, 35–65: 1.3 %, 66+: 1.1 %

Demenz: 60+

8.2. Ökonomische Analyse der sozialpsychiatrischen/psychosozialen Versorgung in NÖ – methodische Überlegungen

Die Abschätzung der ökonomischen Dimension psychiatrischer und psychosozialer Leistungen ist komplex und nicht immer einfach zu bewerkstelligen. Für die Durchführung ökonomischer Evaluationen müssen grundsätzliche perspektivische und methodische Fragen geklärt werden (für einen Überblick über Fragen dieser Art siehe z. B. Salize/Kilian 2010, Kapitel 1-4; Kilian 2012 832ff.):

- a) *Aus welcher Perspektive soll die ökonomische Berechnung erfolgen?* Grundsätzlich kann eine ökonomische Betrachtung aus der Perspektive verschiedener Stakeholder (z.B. Kostenträger, durchführende Institution, PatientInnen etc.) erfolgen. Manche Methoden – wie z. B. der Ansatz des »Social Return on Investment (SROI)« – versuchen mehrere Blickwinkel in die Berechnung zu integrieren.⁵⁸ Auch kann ein institutioneller Ansatz (Mesoebene) oder ein Ansatz aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive (Makroebene) gewählt werden.
- b) *Gibt es Vergleichsmöglichkeiten?* Im Feld der ökonomischen Wirkungsrechnung gelten Studien mit Kontrollgruppendesign in der Regel als die qualitativste Form der Evaluation. Durch den Vergleich von Leistungen bzw. Interventionen mit unbehandelten Personen bzw. mit alternativen Maßnahmen lässt sich die tatsächliche (ökonomische) Wirkung gut abschätzen. Alternativ könnten auch Vergleiche mit anderen Institutionen oder geographischen Gebieten angedacht werden.
- c) *Welche Daten sollen herangezogen werden?* Bei ökonomischen Studien besteht die Möglichkeit, Daten eigens für die Prüfung einer zuvor gestellten Frage zu erheben (prospektive Studie). In vielen Fällen wird jedoch auf bereits vorhandene Daten – z. B. aus der Routinedokumentation – zurückgegriffen (Sekundärdaten). Letzterer Ansatz erspart natürlich viel Zeit und Geld; jedoch passen die vorgefundenen Daten nicht immer (ganz) zur verfolgten Fragestellung.
- d) *Welches methodische Design soll gewählt werden?* Im Rahmen der ökonomischen Wirkungsmessung gibt es verschiedene Ansätze, wie z. B.: (a) Kostenanalyse, Erhebung und Vergleich der Kosten (ohne Berücksichtigung der Wirkungen); (b) Kosten-Effektivitäts-Analyse (Beurteilung des Verhältnisses von Kosteneinsatz und z. B. klinischen Outcomes); (c) Kosten-Nutzen-Analyse: Vergleich von Kosten und monetär ausgedrückten Wirkungen; (d) Kosten-Nutzwert-Analyse (Gegenüberstellung von Kosten und Nutzen; Messung des Nutzens in einem globalen Maß, wie z. B. QALYs oder DALYs⁵⁹).⁶⁰ Die hier unterschiedenen Designs sind v. a. bei prospektiven Studien von Relevanz.
- e) *Welche Kosten/Nutzwerte werden gemessen bzw. analysiert?* Die Messung bzw. die Analyse der Kosten bzw. der Outcomes kann unterschiedlich umfangreich ausfallen. Manche Studien konzentrieren sich nur auf medizinische Kosten bzw. Nutzwerte – d. h. auf jene Aspekte, die mit der Erkrankung bzw. mit der Behandlung in direktem Zusammenhang stehen. Umfangreichere

58 In einer ihrer bekanntesten Formen wird die SROI-Analyse in Lawlor et al. (2008) dargestellt. Für die Evaluation einer medizinisch-psychiatrischen Rehabilitationseinrichtung in Oberösterreich mit Hilfe der SROI-Methode siehe z. B. Gruber und Borth (2012). Die meisten SROI-Berechnungen sind jedoch bisher methodisch nicht sehr ausgereift. Für eine umfassende Kritik der SROI-Methode siehe Gruber (2013).

59 Für eine Einführung in das Konzept der QALYs und DALYs siehe Salize/Kilian (2010, Kapitel 4).

60 Neben den genannten Methoden gibt es noch weitere ökonomische Ansätze, die jedoch eine andere Ausrichtung aufweisen. Die so genannte Wertschöpfungsanalyse versucht beispielsweise die durch eine Organisation induzierten Vor- und Folgeleistungen – wie z. B. die Anzahl der durch eine Institution geschaffenen Arbeitsplätze – zu errechnen. Eine solche Analyse wurde z. B. vor kurzem für einen Großteil der Sozialunternehmen in Oberösterreich (vgl. Schneider/Voigt 2012) oder auch für den gesamten Gesundheitssektor in Österreich (Österreichische Ärztekammer 2011) angestellt. Auf diese Form der Analyse wird hier nicht weiter eingegangen.

Studien versuchen auch indirekte Kosten – z.B. arbeitsbezogene Produktivitätsverluste, entgangene Steuerleistungen etc. – in ihren Abschätzungen zu berücksichtigen.

Es stellt sich die Frage, wie eine ökonomische Analyse des niederösterreichischen Versorgungssystems am besten gestaltet werden kann. Aus Sicht des Evaluationsteams können folgende Empfehlungen⁶¹ abgegeben werden:

- Grundsätzlich ist eine systemische Perspektive zu empfehlen. Es sollten die Kosten bzw. die Nutzwerte des sozialpsychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystems analysiert und geplant werden, um das gesamte Versorgungssystem in Niederösterreich zu verbessern und effektiver und effizienter zu gestalten. Außerdem würden Analysen auf institutioneller Ebene z.B. Kosten, die an den Schnittstellen/Nahtstellen zwischen verschiedenen Sektoren bzw. Versorgungsleistungen entstehen, vernachlässigen.
- Werden Daten prospektiv erhoben, sollte die gesundheitsökonomische Analyse in ihrem methodischen Anspruch und in ihren enthaltenen Elementen gegenwärtigen Standards entsprechen. Eine gute Grundlage hierfür bildet der so genannte »Hannoveraner Konsens« (Graf von der Schulenberg et al. 2007), der grundlegende Elemente definiert, die in einer gesundheitsökonomischen Analyse beinhaltet sein sollten (z.B. Studiendesign, Perspektive, Kostenermittlung, Zeithorizont, Diskontierung, Sensitivitätsanalyse etc.). Einzelne Elemente dieser Empfehlungen können auch im Rahmen der Verwertung von Sekundärdaten herangezogen werden.
- Es ist zu erwarten, dass eine Vielzahl von Daten in umfangreicher Form an verschiedenen Stellen vorliegt (z.B. direkte Kosten wie die personenbezogene Anzahl von stationären Aufenthalten oder die personenbezogene Anzahl von Medikamentenverschreibungen etc.). Diese könnten dazu genutzt werden, die Kosten des Systems abzuschätzen bzw. Einsparungspotentiale zu eruieren. Hier bestünde außerdem die Möglichkeit, Daten sektoren- bzw. bereichs-/leistungsübergreifend auszuwerten bzw. Daten personenbezogen zusammenzuführen (»record linkage«). Dadurch können Pfade und Wege durch die Versorgungslandschaft nachvollzogen werden, um z.B. Schwierigkeiten bzw. nicht notwendige Kosten zu identifizieren.
- Will man auf bereits bestehende Datenquellen zurückgreifen, ist zu erwarten, dass bei sozialpsychiatrischen, gemeindenahen Institutionen und Leistungen der Datenumfang und die -qualität weniger gut ausgeprägt sind als im stationären bzw. medizinischen Sektor. Da für eine ökonomische Bewertung auf Systemebene beispielsweise auch die Inanspruchnahme von sozialpsychiatrischen/psychosozialen Leistungen zentral ist, ist eine direkte Erhebung von Daten in diesem Bereich womöglich notwendig.⁶²
- Da beispielsweise die Einbußen im BIP durch psychische Beeinträchtigungen (vgl. Wancata et al. 2007) und Produktivitätsverluste durch psychische Belastung in der Arbeit (vgl. Biffl et al. 2012) eine zunehmende Rolle spielen, ist die Berücksichtigung von indirekten Kosten bzw. Wirkungen zu empfehlen. Die tatsächliche Berücksichtigung ist jedoch von den zur Verfügung stehenden Ressourcen und Daten abhängig.
- Analog zur Evaluation von 2003 (Katschnig et al., 55-67) sollten Karten zur Erreichbarkeit von zentralen Orten der Versorgung (Standorte des PSD, Landeskliniken mit psychiatrischen Abteilungen) durch den Individualverkehr in den sieben Psychiatrieregionen erstellt werden.

61 Die nachstehenden Empfehlungen werden unabhängig von den dafür notwendigen Ressourcen ausgesprochen. Dem Evaluationsteam ist durchaus bewusst, dass womöglich nicht jede Empfehlung – z.B. aufgrund mangelnder Ressourcen – umgesetzt werden kann. Die Möglichkeit der Umsetzung ist außerdem von datenschutzbezogenen Erwägungen bzw. Einschränkungen abhängig.

62 Prinzipiell ist auch ein »Methodenmix« möglich, in dem sowohl bestehende Daten (z.B. aus der Gesundheitsdokumentation) herangezogen als auch eigene Daten erhoben werden. Eine umfangreiche Studie aus Oberösterreich (vgl. Grausgruber et al. 2006), die u. a. die Versorgungskosten von enthospitalisierten psychiatrischen LangzeitpatientInnen anhand einer repräsentativen Stichprobe untersuchte, zog einerseits bestehende Daten (z.B. aus der Anamnese) heran. Andererseits wurden auch kostenrelevante Daten direkt erhoben (z.B. wurde das Inanspruchnahmeverhalten der genannten PatientInnengruppe durch standardisierte Fragebögen untersucht).

8.3. Planung und Bedarf

Planung ist im Gesundheitssystem notwendig, um die Ressourcen und die Nachfrage, also den Bedarf zur richtigen Zeit und am richtigen Ort, in der benötigten Qualität und im Rahmen der begrenzten Mittel zueinander zu bringen.

Goltz (2014, 75) definiert die Planung im Gesundheitsbereich als Antwort auf folgende Fragen: »Was ist der Bedarf im Gesundheitsbereich? Wie kann dieser Bedarf befriedigt werden? Welche Strukturen sind dafür nötig?«

Dabei ist der Bedarf von der tatsächlichen Inanspruchnahme abzugrenzen. PatientInnen nehmen bei Vorliegen eines subjektiven Bedarfes – sofern das Angebot besteht – Dienstleistungen im Gesundheitssystem in Anspruch. Der subjektive Bedarf muss sich aber nicht mit dem objektiven Bedarf decken. Ist der vorliegende objektive Bedarf kleiner als die Inanspruchnahme des Angebotes, spricht man von einer Überversorgung. Eine Unterversorgung hingegen besteht, wenn ein objektiver Bedarf vorliegt, die Leistung aber nicht oder nur unzureichend erbracht wird. Wird die Leistung nicht fachgerecht erbracht, spricht man von einer Fehlversorgung. Gute Planung bedeutet, dass dem objektiven Bedarf ein ausreichendes und passendes Leistungsangebot gegenübersteht (vgl. Goltz 2014, 76).

ARTEN DER BEDARFSERMITTLUNG

Goltz beschreibt folgende Arten der Bedarfsermittlung:

Die angebotsorientierte Bedarfsermittlung geht davon aus, dass das derzeitige Angebot in der Lage ist, exakt den objektiven Bedarf abzudecken. Ein Indikator könnte die Zahl von ÄrztInnen je 1.000 Einwohner sein (vgl. Goltz 2014, 78).

Die Inanspruchnahme-orientierte Bedarfsermittlung fußt auf der derzeitigen Inanspruchnahme einer Leistung. Somit gilt die Inanspruchnahme – etwa die Anzahl der Konsultationen – als objektiver Bedarf (vgl. ebd., 76f.).

Mit beiden Methoden kann der tatsächliche objektive Bedarf nicht ermittelt werden. Eine mögliche Über-, Unter- oder Fehlversorgung wird nicht erkannt. In Kombination mit dem komparativen Ansatz kann eine Verbesserung der Aussagekraft des Ergebnisses erzielt werden. Beim komparativen Ansatz wird ein Durchschnittswert aus mehreren vergleichbaren Regionen (mit ähnlichem Bedarf) gebildet (vgl. ebd., 78f.).⁶³

Die Bedarfsplanung des Gesundheitssystems ist auch auf das Sozialsystem übertragbar.

⁶³ Darüber hinaus beschreibt Goltz (2014, 79f.) das Corporate Needs Assessment und die morbiditätsorientierte Planung, auf die hier nicht näher eingegangen wird.

Exkurs: Methodische Bemerkungen zu Bedarfsschätzungen

Was Bedarfsberechnungen allgemein betrifft, so kann man diese auf sehr unterschiedliche Weise und mit sehr unterschiedlichem Aufwand erzeugen. Denkbar sind z. B.:

- Fortschreibungen von Trends (Extrapolation)
- Projektion bekannter Zusammenhänge (aus der Gegenwart/Vergangenheit) in die Zukunft
- Übertragung von ähnlichen Berechnungen aus anderen Bereichen
- Schätzung anhand von Einschätzungen durch ExpertInnen (also qualitativ)
- Schätzung über die Nachfrage (z. B. die Wartelisten)
- Modellierungen/Simulationen unterschiedlichster Komplexität

Für die Durchführung von Bedarfsschätzungen ergibt sich somit eine große Spannweite: Von einer einfach und schnell durchzuführenden globalen Übertragung bekannter oder geschätzter Werte, deren Validität nicht weiter in Frage gestellt wird, bis zur Entwicklung hochkomplexer Modelle, die unterschiedlichste Zusammenhänge berücksichtigen und die Qualität der verwendeten Parameter akribisch prüft. Die Möglichkeit der Durchführung hängt dabei nicht nur von den gegebenen Ressourcen (finanziell und zeitlich) ab, sondern auch davon, welche Daten bzw. Informationen zur Verfügung stehen.

Jedenfalls sind es drei (zusammenhängende) Dimensionen, die für eine Bedarfsschätzung notwendig sind:

1. Exakte Definition der zu schätzenden Größen
2. Valide Angaben zu Häufigkeiten bzw. Abhängigkeiten der zu schätzenden Größen
3. Gute Informationen über zeitliche Änderungen

94

Ad 1.: Während für Krankheiten in der Regel verbindliche Definitionen vorliegen, ist dies für den Umgang mit oder die Folgen von Erkrankungen nicht eindeutig definiert. Im konkreten Fall ist etwa offen, unter welchen Bedingungen ein Wohn- oder ein Arbeitsplatz oder eine Tagesstruktureinrichtung notwendig ist, wann eine mobile Betreuung ausreichend ist und wie intensiv diese Betreuung sein soll. Die bisherige Praxis mag hier ein Anhaltspunkt sein, aber gerade wenn es um eine Änderung derselben geht (z. B. indem angestrebt wird, die Betreuung von stationären zu ambulanten/mobilen Diensten zu verlagern), kann sie keine Richtschnur für die Definition des Bedarfs sein. Zudem müssen bisherige Praxis und Bedarf nicht zusammenfallen, werden doch Bedarfsschätzungen nicht selten aus dem Wunsch heraus benötigt, die bisherige Praxis zu ändern. Für die gegenständliche Berechnung wäre es notwendig, aus einer fachlichen Perspektive Definitionen vorzugeben, unter welchen Bedingungen welche Maßnahmen medizinisch bzw. sozialpsychiatrisch indiziert sind. Dies liegt hier nicht vor, würde aber ohnehin nur sinnvoll sein, wenn auch die Angaben zur Prävalenz der Krankheiten im gleichen Detaillierungsgrad vorliegt, was hier auch nicht der Fall ist.

Ad 2.: Im Zusammenhang mit den Definitionen sind Angaben über die Häufigkeit des Auftretens erforderlich. Abgesehen von der Frage, ob Erkrankungen auch entsprechend (generell und dem Grade nach) diagnostiziert werden, können Bedarfsschätzungen umso genauer gemacht werden, je mehr über Zusammenhänge mit anderen Merkmalen bekannt ist (z. B. Alter, Geschlecht, ev. auch weitere soziodemografische Merkmale). Für die gegenständliche Berechnung sind zwar Daten (Anzahl der Aufenthalte bzw. Patienten nach psychiatrischen Hauptdiagnosen in den nö. Kliniken) zur Verfügung gestanden, aufgrund des fehlenden ‚Links‘, welche Diagnosen welche (nachfolgenden) Betreuungen nach sich ziehen bzw. welche Rolle nichtstationäre Diagnosen spielen, konnten diese für die Bedarfsberechnung nicht verwertet werden. Vielmehr musste auf globale Kennwerte der ÖBIG⁶⁴ zurückgegriffen werden (die auch in der Studie von Katschnig et al. 2003 verwendet wurden). Hier werden der Bedarf für mobile Betreuung mit 260 Stunden⁶⁵/50.000 Einwohner und jener für Wohnen bzw. Arbeit bzw. Tagesstruktur mit 0,5 bis 0,7 bzw. 0,3 bis 0,5 bzw. 0,3 bis 0,4 Plätze pro 1.000 Einwohner angegeben.

⁶⁴ Die hier verwendeten ÖBIG Richtwerte wurden in zahlreichen Studien zitiert bzw. zur Bedarfsermittlung verwendet. So etwa im österreichischen Psychiatriebericht 2004 (Katschnig et al. 2004), im Kärntner Psychiatrieplan (Danzer et al. 2005), im Psychiatriebericht Steiermark (Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2006) und im Artikel »Die psychiatrische und psychosoziale Versorgung in Tirol« (Meise/Stieg 2008).

⁶⁵ Im Rahmen des derzeitigen NÖ Leistungskatalogs für die PSDs scheinen aus NÖ Sicht 150 Wochenstunden für diese Leistungen ausreichend zu sein.

Ob diese Werte, die vor rund 17 Jahren als Empfehlung ausgesprochen wurden, heute in der Form noch als valide angesehen werden können, bleibt offen. Auch eine weitere Differenzierung ist nicht möglich.

Ad 3.: Da Bedarfsberechnungen in der Regel auch in die Zukunft weisen, ist eine möglichst gesicherte Information über Veränderungsdynamiken notwendig. Dies betrifft sowohl die Bevölkerungsentwicklung (mit entsprechendem Detaillierungsgrad was unterschiedliche regionale Entwicklungen sowie soziodemografische Merkmale betrifft), als auch die Erkrankungen selbst, die unter Umständen ebenfalls zu- oder abnehmen können. Im konkreten Fall liegen Schätzungen der Bevölkerungsentwicklung vor, die als valide angenommen werden können (zumal sie aus demografischer Sicht nur einen relativ kurzen Zeitraum bis 2020 betreffen). Weiters sind sie nach Geschlecht und Alter differenziert, was jedoch für die Bedarfsberechnung wieder nicht verwertbar ist, weil keine Daten zur Geschlechts- und Altersabhängigkeit für Wohnen/Arbeit/Tagesstruktur/mobile Betreuung vorliegen, sondern nur ein globaler Wert verwendet werden kann.

Insgesamt hängt die Güte der vorliegenden Bedarfsberechnung daran, für wie zutreffend man die von der ÖBIG vorgeschlagenen Referenzwerte erachtet. Eine methodisch besser fundierte Schätzung würde einen wesentlich höheren Aufwand bedeuten, weil zunächst Definitionen getroffen und entsprechende Daten erhoben werden müssten (sofern dies überhaupt möglich ist).

Nachfolgende Tabelle zeigt den Bevölkerungsstand der einzelnen Versorgungsregionen im Jahr 2014 und die prognostizierten Einwohnerzahlen für 2020. Anhand dieser Zahlen wird nun der Bedarf für das Jahr 2020 geschätzt.

	2014 EinwohnerInnen	2020 EinwohnerInnen prognostiziert
Mostviertel	241.727	259.924
Waldviertel	138.219	142.683
NÖ-Mitte	383.178	431.701
Thermenregion	553.866	636.951
Weinviertel	308.493	330.737
Gesamt NÖ	1.625.483	1.801.996

Tabelle 42: Bevölkerung NÖ

Daten 2014: Statistik Austria. Daten 2020: Österreichische Raumordnungskonferenz.

8.3.1. Bereich »Mobile Betreuung«

Der Bedarf für Mobile Betreuung wird von der ÖBIG mit 260 Wochenstunden pro 50.000 EinwohnerInnen angegeben. Auch wenn dieser Wert bereits vor 17 Jahren festgelegt wurde, sind in der Literatur keine rezentere Angaben zu finden. Zu bedenken ist, dass der Bedarf für Mobile Betreuung auch in Zusammenhang mit dem Bereich Wohnen zu sehen ist: Je mehr durch Mobile Betreuung abgedeckt werden kann, desto geringer ist der Bedarf für Wohnplätze bzw. umgekehrt.

» Personell sollte der mit seinem gegenüber jetzt erweiterten Aufgabenspektrum Psychosoziale Dienst mit einem Schlüssel von 260 Wochenstunden⁶⁶ pro 50.000 Einwohner ausgestattet sein. Dies entspricht der Minimalforderung der ÖBIG-Empfehlung für den Strukturbereich psychosoziale Dienste, laut der eine optimale personelle Ausstattung bei 13-16 Fachkräften pro 100.000 Einwohner liegt. (Katschnig et al. 2003, 255)

⁶⁶ Im Rahmen des derzeitigen NÖ Leistungskatalogs für die PSDs scheinen aus NÖ Sicht 150 Wochenstunden für diese Leistungen ausreichend zu sein.

	2014			2020		
	Wochenstunden	Fachkräfte		Wochenstunden	Fachkräfte	
		Min.	Max.		Min.	Max.
Mostviertel	1.257	31	39	1.352	34	42
Waldviertel	719	18	22	742	19	23
NÖ-Mitte	1.993	50	61	2.245	56	69
Thermenregion	2.880	72	89	3.312	83	102
Weinviertel	1.604	40	49	1.720	43	53
Gesamt NÖ	8.453	211	260	9.370	234	288

Tabelle 43: Bandbreiten Mobile Betreuung Fachkräfte

8.3.2. Bereich Wohnen

In NÖ standen 2012 insgesamt 1.094 Plätze im Bereich Wohnen zur Verfügung (siehe Tabelle 29, Seite 70). Gegenüber der Evaluation aus 2003, die 710 Wohnplätze festgestellt hat, ist es bis 2012 zu einer deutlichen Zunahme von zusätzlichen 384 Plätzen gekommen. Diese positive Entwicklung wird aufgrund weiterer Analysen, notwendiger Bedarfsstudien und daraus resultierender konkreter Maßnahmen im Sinne einer quantitativen und qualitativen Bedarfsdeckung fortgesetzt werden.

Für den Bereich Wohnen sollten, den Empfehlungen der ÖBIG folgend, 0,5 bis 0,7 Plätze pro 1.000 EinwohnerInnen angeboten werden. Diese Werte erlauben allerdings keine Differenzierung nach Betreuungsgrad, sondern liefern lediglich eine Gesamtschätzung der benötigten Plätze. Ebenso verhält es sich mit den Empfehlungswerten für die Bereiche Arbeit (0,3 bis 0,5 Plätze pro 1.000 Einwohner) und Tagesstruktur (0,3 bis 0,4 Plätze pro 1.000 Einwohner). Über die Ausgestaltung des Angebots lässt sich auch hier nichts ableiten.

» Nimmt man die im NÖP 95 Orientierungszahl für betreutes Wohnen (0,3 - 0,4 Plätze/1000 EW) als Orientierungsziffer für »betreutes Wohnen«, so kann derzeit ein Bedarf von 464 - 618 Plätzen für ganz Niederösterreich abgeleitet werden. Durch die Anwendung der vom ÖBIG ausgewiesenen Richtwerte (0,5 - 0,7 Plätze/1000 EW) erhöht sich diese Bedarfsschätzung auf 773 - 1082 Plätze. Im Bereich der Arbeit beträgt der geschätzte Bedarf laut ÖBIG 464 - 773 Plätze (0,3 - 0,5 Plätze/1000 EW) und im Bereich der Tagesstruktur 464 - 618 Plätze (0,3 - 0,4 Plätze/1000 EW). (Katschnig et al. 2003, 301)

	2014		2020	
	Plätze		Plätze	
	Min.	Max.	Min.	Max.
Mostviertel	121	169	130	182
Waldviertel	69	97	71	100
NÖ-Mitte	192	268	216	302
Thermenregion	277	388	318	446
Weinviertel	154	216	165	232
Gesamt NÖ	813	1.138	901	1.261

Tabelle 44: Bandbreiten Plätze Wohnen

8.3.3. Bereich Tagesstruktur und Arbeit

Im Bereich Tagesstruktur stehen in Niederösterreich derzeit 461 Plätze zur Verfügung.

Für Club und ICM Tagesstruktur, die ebenso in den Bereich der tagesstrukturierenden Maßnahmen fallen, liegen keine Zahlen für Plätze vor.

Des Weiteren wurden für 2012 von der Caritas St. Pölten und der PSZ GmbH gesamt 124 Plätze in Rehawerkstätten und Arbeitstrainingszentren gemeldet. 960 Personen wurden in Form von Arbeitsassistenz betreut (siehe Tabelle 33, Seite 73).

Plätze bezüglich Arbeitsassistenz und Maßnahmen zur Fähigkeitsorientierten Aktivität in Trägerschaften wie Emmaus Gemeinschaft, ARGE Mostviertel und andere sind hier nicht berücksichtigt.

	2014				2020			
	Arbeitsplätze		Tagesstruktur Plätze		Arbeitsplätze		Tagesstruktur Plätze	
	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.
Mostviertel	73	121	73	97	78	130	78	104
Waldviertel	41	69	41	55	43	71	43	57
NÖ-Mitte	115	192	115	153	130	216	130	173
Thermenregion	166	277	166	222	191	318	191	255
Weinviertel	93	154	93	123	99	165	99	132
Gesamt NÖ	488	813	488	650	541	901	541	721

Tabelle 45: Bandbreiten Plätze Arbeit

9

Qualität

9. Optimierung der Versorgung

9.1. Qualität

DEFINITION QUALITÄT

Qualität ist die »Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen [...]« (DIN EN ISO 8402). Qualität ist somit eine Richtschnur bzw. ein Maß, das durch ein oder mehrere Kriterien umschrieben wird – ohne damit primär inhaltliche Bewertungen zu verbinden.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass es keine übereinstimmende Festlegung dessen gibt, was Qualität im Gesundheits- und Sozialbereich bedeutet bzw. wie diese zu definieren ist (vgl. u. a. Hensen 2008, 171). Dennoch ist es wichtig, dass in einem Feld gemeinsam tätige Organisationen bzw. Personen einen Konsens über die Bedeutung dieses Begriffes finden – ohne Anspruch darauf, damit eine allgemeingültige Definition gefunden zu haben. Es geht also um ein »gemeinsames Begriffsverständnis« auf Basis normativer Grundlagen und Leitprinzipien.

LEITPRINZIPIEN UND QUALITÄTSSTANDARDS

Leitprinzipien orientieren sich an den normativen Grundlagen (wie z. B. UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen) und vereinfachen und operationalisieren diese. Auf Basis dieser Leitprinzipien können Qualitätsstandards abgeleitet werden. Die Messbarkeit von Qualitätsstandards kann sowohl über Qualitätsindikatoren als auch qualitative Messmethoden vorgenommen werden. In Summe umfasst dieses »Qualitätscontrolling« die Planung, Steuerung und Kontrolle der Qualität für soziale Dienste (vgl. Amt der OÖ Landesregierung 2011, 61).

Folgende Leitprinzipien können als konkrete Orientierungspunkte empfohlen werden (vgl. Amt der OÖ Landesregierung 2011, 31f.):

- Bedürfnisorientierung
- Selbstbestimmung und Individualität
- Partizipation
- Integration in die soziale Umwelt
- Gemeindenähe und Regionalisierung
- Normalitätsprinzip
- Vernetzung
- Hilfe zur Selbsthilfe
- Prävention
- Wahlmöglichkeit
- Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Sparsamkeit (siehe Anhang)

Eine zentrale Basis für diese Leitlinien ist die Ausrichtung auf die Lebensqualität der Betroffenen und ihres sozialen Umfelds. Mit dem Terminus Lebensqualität⁶⁷ verhält es sich allerdings wie mit Qualität im Gesundheits- und Sozialbereich, so gibt es dafür keine allgemein anerkannte Definition und keine standardisierte Methode zur Messung (vgl. Katschnig 2006, 139).

Auch wenn ein Konsens über den Begriff »Qualität« zwar notwendig und zielführend, aber in einer allgemeingültigen Version mehr oder weniger unmöglich ist, so herrscht doch ein durchgehender Konsens darüber, dass Qualität in die drei Dimensionen Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität unterteilt werden kann (vgl. BGBl. I Nr. 179/2004; Großimlinghaus et al. 2013, 362). So wurden im Jahr 2009 unter der Federführung der »Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)« Qualitätsindikatoren für vier psychiatrische Krankheitsbilder (Alkoholabhängigkeit, Demenz, Depression und Schizophrenie) zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung in Deutschland entwickelt:

100

» Qualitätsindikatoren sollen als Steuerungsinstrumente in der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen dienen und sollten darum möglichst einen geeigneten ‚Mix‘ an Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren umfassen. (Großimlinghaus et al. 2013, 362)

Die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Ergebnisqualitätsindikatoren und deren Messung in allen Sektoren des Gesundheitswesens ist dabei vorrangig (vgl. Art 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit).

Art 7, Abs leg cit beschäftigt sich mit der Forderung eines Masterplans, bezogen auf sektorenübergreifende Qualität. Ab dem Jahr 2014 sind im Rahmen der Berichterstattung über die Qualität im Gesundheitswesen regelmäßig auch Berichte über die Ergebnisqualität im stationären und ambulanten Bereich zu erstellen. Weiters ist auch ein Bericht zur Weiterbildung der ÄrztInnen zu erstellen. Eine Veröffentlichung dieser Berichte in geeigneter Form ist sicherzustellen.

Bisher wurden diese drei Dimensionen von Qualität für stationäre und außerstationäre Versorgung unterschiedlich generiert, diskutiert und festgelegt.

Für den stationären Bereich werden die Kriterien für Strukturqualität im »Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG)« festgelegt. Für die Prozessqualität ist die »Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit« gemäß Art 5 Abs 3 Z 4f bezüglich österreichweit einheitlicher Qualitätsstandards einschlägig. Die Ergebnisqualitäts-Dimensionen werden in NÖ auf Basis bestehender (auf Routedokumentation basierende) Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung (A-IQI inkl. Peer-Review-Verfahren, ergänzt durch Qualitäts-Register

⁶⁷ »In the scientific medical literature, the term QoL [Quality of life, Anmerkung der VerfasserInnen] is used with many different meanings and refers to an only loosely related body of work on psychological well-being, social and emotional functioning, functional performance, life satisfaction, social support, etc. It seems that all non-medical aspects of disease are subsumed under the umbrella term of QoL, without a generally accepted definition, [...] and that there is no simple way of measuring QoL, just as there is no simple way of measuring disease.« (Katschnig 2006, 139)

auf Bundesebene) fortgesetzt und ausgebaut. Im außerstationären Bereich werden derzeit in NÖ in einem anderen Projekt Qualitätsstandards erarbeitet.

Für den außerstationären Bereich kann auf die Rahmenrichtlinien des Amtes der OÖ Landesregierung verwiesen werden, die in einem langjährigen und umfassenden Prozess verschiedenster Stakeholder auf tetralogischer Basis überlegt, diskutiert und erstellt wurden. Diese Rahmenrichtlinien existieren für verschiedenste Leistungen. Die Grobstruktur ist immer dieselbe: Nach einer Leistungsbeschreibung und den Leitlinien bzw. sozialpsychiatrischen/psychosozialen Grundsätzen und Handlungsleitbildern der MitarbeiterInnen folgen die Beschreibungen der Dimensionen von Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität. Abschließend wird noch auf das Qualitätscontrolling verwiesen.

In der folgenden Tabelle findet sich eine Zusammenfassung der beiden Rahmenrichtlinien der OÖ Landesregierung zu den Leistungen »Wohnen und Mobile Betreuung und Hilfe« und »Fähigkeitsorientierte Aktivität«:

Dimensionen	Komponenten
Strukturqualität	Leitbild, Konzept, Infrastruktur, Kompetenzen des Personals, Teamzusammensetzung und Multiprofessionalität, Stellenbeschreibung, Einführung neuer MitarbeiterInnen, MitarbeiterInnen-Gespräch, individuelle Fortbildung/Weiterbildung, Planung und Reflexion der MitarbeiterInnen, Kommunikations- und Informationsstrukturen, Aufbauorganisation, Qualitätspolitik, Öffentlichkeitsarbeit/Bekanntmachen der Einrichtung
Prozessqualität	Entgeltregelung, Leitlinie Produktentwicklung und Leitlinie Auftragserfüllung (nur für »Fähigkeitsorientierte Aktivität«) Beginn der Unterstützung, Ende der Unterstützung/Abschluss, Wechsel der Betreuungsform/Trägereinrichtung bzw. Maßnahme, Abbruch, Information (an KundInnen), Wahlmöglichkeit (für KundInnen), Orientierung an Stärken, Aktivierung von Ressourcen, Bezugsbetreuung(/-begleitung), Zielvereinbarungen/Vereinbarungen mit KundInnen, Planung und Reflexion mit KundInnen, Wechsel von BezugsbetreuerInnen bzw. BezugsbegleiterInnen, Gestaltung des Umgangs mit dem Umfeld/Zusammenarbeit mit relevantem Umfeld, Verschwiegenheit, Dokumentation, Organisation der Selbst- und Mitbestimmung der KundInnen, Interessen(s)vertretung(en), Beschwerdemöglichkeit, Leitlinie (zur Krisenprophylaxe und) zum Umgang mit Krisen
Ergebnisqualität	Leitlinie zum Umgang mit Zwangsmaßnahmen, Leitlinie zum Umgang mit Medikamenten und Leitlinie zum Umgang mit non-compliance für die Mobile Betreuung und Hilfe (nur für »Wohnen und Mobile Betreuung und Hilfe«)
Ergebnisqualität	Kontinuierliche Verbesserung, KundInnenzufriedenheit, MitarbeiterInnenzufriedenheit

Tabelle 46: Rahmenrichtlinien Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
Aus »Wohnen und Mobile Betreuung und Hilfe« und »Fähigkeitsorientierte Aktivität«
Amt der OÖ Landesregierung 2011

QUALITÄTSINDIKATOREN

Die Festlegung bzw. Beschreibung verschiedener Dimensionen von Qualität ist das eine – die Messung derselben ist das andere. »Qualitätsindikatoren« sind dazu sehr hilfreiche Instrumente, v.a. wenn es um die Quantifizierung von Qualitätsdimensionen im Sinne von Messung und Bewertung von Qualitätsmerkmalen geht. Hinsichtlich der Verbindung zwischen den (drei genannten) Qualitätsdimensionen und Qualitätsindikatoren hält Hensen folgendes fest:

» Um Strukturen, Prozesse und Ergebnisse im Gesundheitswesen bewerten zu können, bedarf es Messgrößen und Vergleichsparameter, die Bewertungen bzw. Beurteilungen der Qualität ermöglichen. Objektivität bei der Beurteilung kann nur dann gegeben sein, wenn die zu untersuchenden Qualitätsmerkmale messbar und eindeutig sind und deren Messung nach einheitlichen Regeln verläuft. Im Gesundheitswesen wächst die Bedeutung der Qualitätsmessung, um die medizinischen Leistungen und vorhandenen Ressourcen besser nutzen zu können. «

(Hensen 2008, 173f.)

Qualitätsindikatoren dienen der Unterscheidung zwischen guter und schlechter Behandlungsqualität und eignen sich daher zur Abbildung einer Unter- oder Fehlversorgung, wohingegen das Aufzeigen einer Überversorgung schwieriger abzubilden ist und gegebenenfalls auch andere Quellen benötigt. Einerseits können Qualitätsindikatoren zum Vergleich der Behandlung einzelner PatientInnen mit einem Standard dienen. Dabei wird die Qualität der Behandlung von individuellen PatientInnen beurteilt. Andererseits dienen aggregierte Indikatoren der Messung von Merkmalen einer größeren Patientengruppe wie beispielsweise jene einer gesamten Einrichtung oder eines gesamten Versorgungssystems. Dabei wird die Behandlungsqualität der entsprechenden Einheit gemessen, welche jedoch wiederum keine Rückschlüsse auf die Behandlungs-

qualität einzelner Fälle zulässt. Qualitätsindikatoren unterliegen den Anforderungen der Bedeutsamkeit, der Machbarkeit und der Handlungsrelevanz (vgl. Weinmann/Becker 2009, 31-36).

» Eine Qualitätsbeurteilung, also eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität ist jedoch nur möglich, wenn auch Referenzbereiche vorliegen, gegen die gemessen werden kann. (Hensen 2008, 175)

Wenn von Qualitätsindikatoren die Rede ist, dann kann zwischen den außerstationär und räumlich/regional orientierten »Leitlinien« und den stationären, klinischen »Behandlungspfaden« unterschieden werden (vgl. Ollenschläger et al. 2007, 565).

Bei »Behandlungspfaden« wird zwischen zwei Typen unterschieden (vgl. Ollenschläger et al. 2007, 566): Klinische Behandlungspfade beschreiben Abfolge, Terminisierung und Inhalte von Versorgungsabläufen und die Verantwortlichkeiten bei der Betreuung definierter Personengruppen. Fallbezogene Behandlungspfade bieten Transparenz von Abläufen, Handlungssicherheit bei MitarbeiterInnen und verdeutlichen Schnitt-/Nahtstellenprobleme. »Leitlinien« hingegen definieren die Inhalte medizinischer Versorgung bestimmter Menschen und legen den systematisch aufbereiteten und konsentierten Stand des Wissens dar, bezogen auf ein bestimmtes Krankheitsbild (vgl. Ollenschläger et al. 2007, 567). Den Zusammenhang bzw. das Zusammenspiel zwischen Behandlungspfaden, Leitlinien und Qualitätsindikatoren sieht Ollenschläger wie folgt:

» Um die Wirksamkeit leitlinienbasierter Behandlungspfade bzw. regionaler Leitlinien bezüglich Implementierungserfolg und Verbesserung der Versorgung evaluieren zu können, werden aus den definierten Qualitätszielen und Maßnahmen Qualitätsindikatoren abgeleitet. (Ollenschläger et al. 2007, 567)

Bei Behandlungspfaden und Leitlinien ist Folgendes zu beachten:

102

» Behandlungspfade beziehen sich in Deutschland bisher überwiegend auf den stationären Bereich, nur wenige Pfade sind so angelegt, dass sie die Versorgungsebenen übergreifende Empfehlungen geben. [...] Die kostenträchtige Entwicklung nationaler Leitlinien ist nur dann sinnvoll, wenn sie auf der Grundlage systematischer Evidenzanalyse im Konsens aller betroffenen und gleichberechtigt beteiligten Fachberufe gemeinsam mit Patienten entwickelt und konsequent in Qualitätsmanagementprogramme integriert werden. (Ollenschläger et al. 2007, 568)

Somit stellen sich hier folgende Anforderungen (im Sinne von Empfehlungen) für das Thema Leitlinien und Qualitätsindikatoren:

1. Leitlinien (und Behandlungspfade) sollen tetralogisch entwickelt werden.
2. Behandlungspfade sind primär »stationär« orientiert und erfüllen wichtige Funktionen im »Akut-Bereich«.
3. Leitlinien (und Behandlungspfade) ergänzen einander, wobei v. a. auf die Abstimmung zwischen den Leistungen im stationären und außerstationären Bereich vermehrtes Augenmerk gelegt werden sollte.
4. Leitlinien (und Behandlungspfade) sind nur dann wirksam, wenn aus den definierten Qualitätszielen und Maßnahmen quantitativ und qualitativ messbare Qualitätsindikatoren abgeleitet werden, die in einem Controlling-Zirkel laufend überprüft werden.
5. Abgesehen davon, stellt sich hier natürlich immer die Frage des »rechtlichen Status« solcher Leitlinien bzw. Behandlungspfade. Ohne Verbindlichkeiten für den Alltag bleibt vieles möglich – ohne konkret umsetzbar zu sein (vgl. Mönter 2010, 1070).

QUALITÄTSINDIKATOREN STATIONÄR – AM BEISPIEL NÖ

» Die Qualitätsindikatoren dienen zur Evaluierung der Behandlungsqualität in den NÖ Klinikstandorten. Mittlerweile werden über 160 Qualitätskennzahlen erfasst und in medizinischen Gremien (siehe Seite 33) regelmäßig diskutiert. [...] Das Peer Review Verfahren stellt das Herzstück des Qualitätssindikatorensystems dar. Liegt eine Abteilung bei einem Krankheitsbild oder einer Behandlung signifikant außerhalb des Zielbereiches, analysieren mehrere sogenannte Peers (Primarii mit spezieller Schulung) die entsprechenden Fälle, diskutieren gemeinsam mit den Abteilungsleitungen vor Ort Verbesserungsmöglichkeiten und legen Maßnahmen fest. (NÖ Landeskliniken-Holding 2013, 32)

» Der Bereich [Kompetenzbereich Psychiatrie, Anmerkung der VerfasserInnen] ist für die kontinuierliche Realisierung des NÖ Psychiatrieplans 2003 in den Landeskliniken verantwortlich: Erwachsene Patientinnen und Patienten werden an sechs regionalen Abteilungen und durch integrierten psychiatrischen Konsiliardienst für somatische Abteilungen an den jeweiligen Standorten versorgt, Kinder und Jugendliche an den drei Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wichtige Aufgaben sind zudem das laufende kennzahlengestützte Monitoring und Benchmarking der Patientenflüsse, die Evaluation der Versorgungsqualität an den psychiatrischen Abteilungen sowie die Realisierung des Basiscurriculums im Rahmen der Ausbildung von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin in Kooperation mit der Donau-Universität Krems. Weiters wurden 2012 die Fachbeiräte für Erwachsenenpsychiatrie und für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung fortgeführt. (NÖ Landeskliniken-Holding 2013, 41)

Weibold (2009, 115) schlägt 12 Qualitätsindikatoren vor (siehe Anhang), die sie als relevant für die NÖ Landeskliniken einschätzt. Es wird allerdings dezidiert darauf hingewiesen, dass diese noch nicht ausreichend sind, da vor allem der Bereich der Ergebnisqualität nicht abgedeckt wird.

Ein wesentliches strategisches Ziel des NÖ Landeszielsteuerungsvertrages 2014 ist: »Behandlungsqualität in allen Versorgungsstufen sicherstellen, routinemäßig messen und transparent machen« (Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2014, 29). Dazu wurde sowohl im Bundes- als auch Landeszielsteuerungsvertrag folgendes operative Ziel abgeleitet: »Abgestimmte Ergebnisqualitätsmessung in allen Sektoren und sektorenübergreifend aufbauen bzw. weiterentwickeln und durchführen« (Landes-Zielsteuerungsvertrag 2014, 33).

In Niederösterreich ist es mit den Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI) bereits vor Jahren gelungen, Behandlungsergebnisse aus den Akutkrankenanstalten mit Routinedaten darzustellen.

2008 wurde durch den Bereich »Psychiatrie-, Psychologie- und Psychotherapie-Koordination« der NÖ Landeskliniken-Holding ein Evaluations- und Monitoringsystem der psychiatrischen Abteilungen mit relevanten Parametern eingeführt. Dieses System wird laufend weiterentwickelt.

Um eine Beurteilung des Behandlungserfolges im gesamten Gesundheitssystem treffen zu können, ist ein erster Schritt, den weiteren Weg der PatientInnen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nachzuverfolgen. Für Langzeitbeobachtungen werden Daten der Krankenhäuser mit jenen der Sozialversicherung zusammengeführt. In Niederösterreich wurde das Projekt A-CQI (Austrian Cross Sectoral Quality Indicators) gemeinsam vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds und allen Sozialversicherungsträgern im Dezember 2012, nach Beschluss in der Gesundheitsplattform, gestartet.

Ausgehend vom stationären Aufenthalt, wird über einen definierten Zeitraum im niedergelassenen Bereich das Behandlungsergebnis weiterverfolgt: z. B. die Herzinfarktsterblichkeit innerhalb 30/90/365 Tagen und die Wiederaufnahmerate im ersten Jahr sowie neuerliche Operationen bei Komplikationen. Für A-CQI wurden im ersten Schritt zwölf Krankheitsbilder bzw. Leistungsbereiche ausgewählt.

Auf Bundesebene wurden unter anderem Gremien eingerichtet, die sich ebenfalls primär mit der Ergebnisqualität beschäftigen. Einerseits die »Steuerungsgruppe A-IQI« (vgl. BMG 2014b) und andererseits die erst im März 2014 etablierte »Projektgruppe ambulante Ergebnisqualitätsmessung«.

9.2. Indikatoren zur Identifikation von Nahtstellenproblemen

Um Indikatoren zur Identifikation von Nahtstellenproblemen an den Sektorengrenzen herauszuarbeiten, ist es zunächst notwendig, diese Problematik genauer zu definieren, um Unklarheiten vorzubeugen.

- » Unter Schnittstellen-Problematik wird das ungenügende Zusammenspiel bzw. eine Lücke zwischen den Einrichtungen der intra- und extramuralen Bereiche im Gesundheits- und Sozialwesen verstanden, hervorgerufen durch fehlende ganzheitliche, sektorübergreifende Zielsetzung und Planung sowie das duale Finanzierungssystem. «
(Straka 2004, 11)

Durch Umstrukturierungen im Gesundheitswesen, wie etwa der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung, die eine Verkürzung der Verweildauer in Spitälern mitsichbrachte, erlangte die Diskussion um das Nahtstellenmanagement an Bedeutung und mündete in der gesetzlichen Regelung desselben im Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens vom 12. Juli 2005:

- » Laut dieser Vereinbarung sind alle AkteurInnen des Gesundheitswesens dazu angehalten, die Schnittstellen zwischen den Sozial- und Gesundheitseinrichtungen zu Nahtstellen zu entwickeln, den Informationstransfer zu verbessern, Kooperationen und Vernetzung herzustellen. «
(Sagmeister 2007, 100f.)

104

Allerdings ist die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen in die Praxis bis dato nur unzureichend erfolgt. Nach wie vor fehlt es an einer ganzheitlichen, sektorenübergreifenden Zielsetzung, Planung und Steuerung. Erschwerend wirken die historisch gewachsenen Rahmenbedingungen, wie sektorale Budgets (duales Finanzierungssystem) und die Aufgabenspezialisierung, die »Silodenken« und Insellösungen verursacht, wodurch zwar Teilaufgaben optimiert werden, die Gesamtaufgabe aber aus dem Blickfeld rückt. Zudem behindern Kulturunterschiede zwischen LeistungsanbieterInnen die Kommunikation (etwa auch die Informationsweitergabe) und erschweren Kooperationen (vgl. Haas 2007, 79f.).

- » [...] die Gesundheitsversorgung in Österreich wird durch Dienstleistungen sowohl aus dem intra- und extramuralen Bereich geleistet; aufgrund mangelnder Koordination und Kooperation zwischen diesen Sektoren kommt es zu Behandlungsvarianzen, Doppelgleisigkeiten, Ineffizienzen und Behandlungsdiskontinuitäten; damit einher geht die Notwendigkeit zur besseren Vernetzung; [...] Solange eine Dysfunktion zwischen dem intra- und extramuralen Bereich vorherrscht, besteht die Gefahr von negativen individuellen und gesamtgesellschaftlichen Folgen. Aufgrund der Dysfunktion kann es zu einem circulus vitiosus kommen, der mit einer Bruchstelle in der Versorgungskette beginnt, was zu einem Rückschritt in die Rekonvaleszenz führen kann. Irreparable Folgen sowie Autonomieverlust können auftreten, die die Lebensqualität entscheidend beeinflussen, was sich wiederum negativ auf die Gesundheit auswirkt. Die gesamtgesellschaftlichen bzw. kollektiven Folgen betreffen die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, die durch Fehlentscheidungen verursacht werden wie z. B. die zu frühzeitige Entlassung von PatientInnen oder die zu lange Verweildauer der PatientInnen im Krankenhaus. «
(Haas 2007, 78)

Bei der Klausur im April 2014 war die Nahtstellenproblematik ein gewichtiges Diskussionsthema. Besonders hervorgehoben wurden die Probleme beim Übergang vom stationären in den außerstationären Bereich. Um diese Lücke zu schließen, soll der Verbindungsdienst des PSD PatientInnen während des stationären Aufenthalts aufsuchen und den Bedarf für eine Unterstützung durch den PSD für die Zeit danach erheben.

Probleme gibt es mit der außerstationären medizinischen Versorgung. Besonders wurde kritisiert, dass es keine Ambulanzen im Sinne einer engen Verknüpfung zwischen stationär und ambulant gäbe, sondern lediglich Aufnahmeambulanzen (»Rein-Raus-Ambulanzen«). Ebenso wurde in der Klausur der Anschluss zur Psychotherapie kritisiert, da längere Wartezeiten, insbesondere für einen Kassenplatz bestehen (gesicherte empirische Belege können jedoch nicht angeführt werden). Damit werden Drehtüreffekte mitverursacht. Darüber hinaus werden Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen aufgrund von mangelndem Know-how oftmals nicht behandelt. Dieses Defizit wird auch vom Betroffenenverein HSSG kritisiert.

Im außerstationären Bereich übernimmt die/der CasemanagerIn die Versorgungsverantwortung für die KlientInnen. In Assessments wird nach einem diagnostischen Prozess eine Entscheidung getroffen, welche Leistungen für KlientInnen sinnvoll sind. Dabei können die KlientInnen auch an andere LeistungserbringerInnen im psychosozialen Feld vermittelt werden. Als problematisch wurde von den ExpertInnen (Klausur 2014) die Ge-/Verschlossenheit der einzelnen Bereiche erachtet. Man ist nur für seinen eigenen Bereich zuständig. Da es an Transparenz in der Versorgungslandschaft mangelt, ist nicht klar, wer, was, für wen, in welchem Umfang anbietet. Wenn jemand steuern soll, so müsste diese Person auch über die Grenzen der Einrichtungen bzw. Standorte schauen. Dazu wäre ein gemeinsames Verständnis einer/s Casemanagerin/-managers notwendig.

Mögliche Indikatoren:

Zur Identifikation von Nahtstellenproblemen wäre es bei den folgenden Indikatoren (außer Wiederaufnahmerate) notwendig, Erhebungen durchzuführen.

- DrehtürpatientInnen/hohe Wiederaufnahmeraten:
 - Dazu müssten die Wiederaufnahmeraten in Bezug gesetzt werden. Sonst kann man nicht feststellen, ob sie »hoch« sind oder ohnehin im Normalbereich liegen.
- Kommunikationsprobleme:
 - Gibt es einheitliche Definitionen? (Bsp. Casemanager PSD ≠ Casemanager NÖGKK)
 - Gibt es eine einheitliche Dokumentation? Wer dokumentiert was?
 - Funktioniert die Weitergabe von Informationen?
 - Entlassungsbogen: Mitgabemöglichkeit differenziert nach dem Klientel
 - ÄrztInnenberichte werden mitgegeben
 - Diagnoseblätter
 - Datenschutz: Austausch der Daten nur mit Zustimmung der Betroffenen
- Vermittlung:
 - Kennen Personen, die weitervermitteln bzw. zuweisen (etwa CasemanagerInnen, Fach- und AllgemeinmedizinerInnen, ...) das Leistungsangebot?
 - Lassen sich Muster in Versorgungspfaden erkennen, die Rückschlüsse auf eine mangelnde Kenntnis der Möglichkeiten schließen lassen?

105

9.3. Vernetzung

Haas (2007, 80) sieht in der Informationspolitik den Schlüssel zur Vernetzung. Informations- und Kommunikationssysteme seien einzurichten, die den Informationsaustausch über institutionelle Grenzen hinweg fördern. Dazu sei eine Distanzminderung zwischen den unterschiedlichen AkteurInnen, offensive Informationspolitik, gemeinsame Philosophie und Zielausrichtung, die Bereitschaft zur Kooperation, der Aufbau von Vertrauen und die Bereitschaft, Informationen zu teilen nötig.

» Die Umsetzung der Kooperation kann nur erfolgen, wenn diese gesetzlich gefordert, von allen beteiligten AkteurInnen akzeptiert und umgesetzt wird. Daher muss neben den gesetzlichen Berücksichtigungen auch eine Bewusstseinsbildung bei allen AkteurInnen im Gesundheitswesen realisiert werden [...]. «
(Haas 2007, 95f.)

Auch Bühler (2013, 29f.) betont die Wichtigkeit der Einbindung aller AkteurInnen. Man müsse daher nicht nur Widerstände überwinden, sondern echte Beteiligungsstrukturen entwickeln und Schlüsselfiguren, wie etwa die AllgemeinmedizinerInnen mit ins Boot holen.

Zur besseren Vernetzung und Kooperation wäre ein einheitliches Nahtstellenmanagement notwendig, wie es auch in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG gefordert wird.

» Laut der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wird das Nahtstellenmanagement als die Organisation der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsübergänge verstanden. Ziel des verbesserten Nahtstellenmanagements ist der patientenorientierte, rasche, reibungs- und lückenlose, effektive, effiziente und sinnvolle Betreuungsverlauf innerhalb des Gesundheitswesens. (Haas 2007, 78)

» Nahtstellen-Management ist die reibungslose Organisation der Versorgungsübergänge im Gesundheitswesen; [...] zu den jeweiligen Übergänge in der Patientenversorgung gehören nicht nur die traditionellen Nahtstellen wie Leistungserbringer aus dem extramuralen und intramuralen Bereich sowie die jeweiligen Gesundheits- und Sozialdienste, sondern auch jene Nahtstellen, die sich zwischen PatientInnen und den LeistungsversorgerInnen ergeben und zwischen PatientInnen und ihren LaienversorgerInnen (wie Angehörige, Ehrenamtliche etc.). (Sagmeister 2007, 102)

Für PatientInnen soll die Kontinuität der Versorgung sichergestellt werden und möglichst reibungslos vonstattengehen. Dies erfolgt zum einen über ein Case Management und zum anderen über »eine Vernetzung und Kooperation der nachsorgenden Einrichtungen« (Bühler 2013, 26).

Bühler (2013, 26) schlägt folgende Schritte zur Verbesserung des Versorgungsmanagements und damit der Vernetzung zwischen Leistungserbringern im psychosozialen Bereich vor:

- Definition von Schnittstellen und Lücken in der Versorgung (besonderer Fokus auf versorgungsintensive PatientInnen)
- Etablierung von Strukturen für reibungslosen (einrichtungs- und berufsgruppenübergreifenden) Kommunikationsfluss
- Etablierung verbindlicher Kooperationsstrukturen
- Entwicklung von Überleitungsinstrumenten
- Qualitätssteigerung und Sicherung der Versorgung
- Abbau unnötiger Bürokratien
- Effizienz-Steigerung

Dabei wird Vernetzung als der »Prozess hin zu einem stabilen, funktionsfähigen Versorgungsnetzwerk« (Bühler 2013, 31) gesehen. Bühler untergliedert diesen Prozess in folgende Teilschritte (ebd., 31-35):

1. Planung (Vorbereitung und Gedankenaustausch über Ideen und Vorhaben)
2. Initiierung
3. Konstituierung (Zieldefinition, Corporate Identity, erste Maßnahmen)
4. Normierung (feste Abläufe, Zuständigkeiten, Aufgaben)
5. Formalisierung (Kooperationsverträge als verbindlicher Rahmen)

9.4. Dokumentation

DOKUMENTATION ALS QUALITÄTSSTANDARD

Dokumentation ist in der Medizin allgemein und auch in der Psychiatrie, Psychotherapie und der Forensik ein wesentlicher Teil der Qualitätssicherung (vgl. Nedopil 2012, 223). Sie ist demnach nicht Selbstzweck, sondern trägt zur Verbesserung der Qualität der Arbeit bei (vgl. ebd., 223f.) und erfüllt somit vielmehr Zwecke wie Gedächtnisstütze, Therapiesicherung, Rechenschaftslegung und Beweissicherung (vgl. Spießl et al. 2008, 1087). Zudem ermöglicht Dokumentation die Überprüfung der eigenen Tätigkeit, eine gewisse Kontrolle und hilft bei der Aufdeckung systematischer Fehler. Demzufolge ist Dokumentation eines der wichtigsten Instrumente zur internen Qualitätssicherung (vgl. Nedopil 2012, 223f.).

Wird eine Institution neu aufgebaut, ist es zu empfehlen, bereits in der Modellphase eine standardisierte Dokumentation zu implementieren. Einerseits kann damit die Effektivität der Institution festgestellt werden und andererseits werden die MitarbeiterInnen von Beginn an zu zielgerichtetem Handeln angeregt und bei Zwischenfällen vor Vorwürfen geschützt (vgl. ebd., 223f.).

DOKUMENTATION EINHEITLICH, DURCHLÄSSIG UND DURCHGÄNGIG

Zumeist wird es der/m jeweiligen Ärztin/Arzt überlassen, was – in Form von Freitextformulierungen – zu dokumentieren ist. Erst seit Mitte des letzten Jahrhunderts entwickelte sich in der Medizin eine standardisierte Form der Dokumentation (vgl. ebd., 222). Laut Meise et al. (2008, 235) liegen für den medizinisch-stationären Bereich lediglich administrative Daten vor, welche im Rahmen der LKF (Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) dokumentiert werden müssen. Und auch diese beziehen sich bloß auf Behandlungsepisoden, weshalb sie nur eingeschränkte Aussagekraft besitzen. Im ambulanten und komplementären Versorgungsbereich sind solche administrativen Daten nur bruchstückhaft verfügbar (vgl. Meise et al. 2008, 235). Des Weiteren wird gerade in Bezug auf die außerstationäre psychiatrische Versorgung kritisiert, dass sich die Dokumentations- und Berichtssysteme je nach Bundesland in Datenlage und -qualität unterscheiden (vgl. ebd., 237).

Im Sinne einer einheitlichen und durchgängigen Dokumentation ist es notwendig, in den unterschiedlichen Abteilungen (Krankenhäuser) und Leistungsbereichen (außerstationäre Versorgung) für jede/n KlientIn die gleichen Daten in gleicher Form zu erheben. Demnach sind Überlegungen anzustellen, welche Daten notwendig, relevant und sinnvoll sind und ob deren Erfassung möglich ist.

» Da eine integrierte Darstellungsmethodik der stationären und der außerstationären Leistungen auf Grundlage eines einheitlichen Dokumentationssystems fehlt, ist es daher – und das muss betont werden – nach wie vor kaum möglich, diesen Bereich der Gesundheitsversorgung in seiner Gesamtheit befriedigend darzustellen oder gar zu bewerten. « (Meise et al. 2008, 235)

DOKUMENTATION ALS SEKTORENÜBERGREIFENDER PROZESS

Die Bundes-Zielsteuerungsverträge müssen (gemäß der Vereinbarung zur Zielsteuerung-Gesundheit) Dokumentationserfordernisse im Sinne einer sektorenübergreifenden, einheitlichen Diagnosen- und Leistungsdokumentation und einer Pseudonymisierung dieser Daten enthalten. Dadurch soll ein bundesweites Monitoring der Gesundheits- und Versorgungsziele ermöglicht werden (vgl. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG 2013, Art. 17 Abs. 1 Z 2). Zur Optimierung der Behandlungsprozesse sind eHealth-Konzepte hinsichtlich elektronischer Gesundheitsakte, sektorenübergreifender einheitlicher Diagnose- und Leistungsdokumentation sowie eMedikation festzulegen (vgl. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG 2013, Art. 19 Abs. 1 Z 1), dies erfordert auf Ebene der Landes-Zielsteuerung »verbesserte Organisations- und Kommunikationsabläufe zwischen allen Leistungserbringern«. Dies könnte im Rahmen der Implementierung von eHealth-Konzepten erfolgen (vgl. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG 2013, Art. 19 Abs. 3 Z 1).

Ollenschläger et al. (2007, 569) merken an, dass aufgrund der zunehmenden Bürokratisierung Leitlinien nur dann in den Klinikalltag integriert werden können, wenn diese EDV-basiert und hilfreich bei Diagnostik und

Therapie sind, aber auch gleichzeitig Kontrolle ermöglichen. Erst dann ist es möglich, dass sektorenübergreifende Leitlinien in den verschiedenen Versorgungsstufen und -bereichen sowie an den Schnittstellen gleichermaßen erfüllt werden. Für Kunze und Priebe (2006, 53) fehlen jedoch in den meisten Kliniken »wichtige Voraussetzungen wie die Definition der Behandlungsprozesse und eine elektronische Behandlungsdokumentation mit Leistungserfassung und Prozesskostenrechnung.«

In der Klausur 2014 wurde zum Thema sektorenübergreifende Dokumentation über die zentrale Erfassung von Daten diskutiert. Es wurden die Diagnoseblätter als richtiger Weg erkannt, wobei ein Konsens und eine bessere Synchronisierung zwischen stationärem und außerstationärem Sektor von Bedeutung sei. Auch wurde zu diesem Diskussionspunkt angemerkt, dass zuerst einheitliche Begrifflichkeiten definiert werden müssten, um ein gemeinsames Selbstverständnis zu ermöglichen. Mitzudenken sind bei sprachlichen Differenzen auch andere Systeme, wie z.B. unterschiedliche Auffassungen zwischen Jugend-WG und Schule. Die ExpertInnen diskutierten des Weiteren das Thema Datenschutz, wobei hier ein Austausch der Daten zwischen den Sektoren nur unter Zustimmung der/des Betroffenen als akzeptabel angesehen wurde (Klausur 2014).

DOKUMENTATION IM STATIONÄREN SEKTOR

Die NÖ Landeskliniken-Holding sichert die standortübergreifende Zusammenarbeit durch eine informations- und kommunikationstechnologische Vernetzung der 27 Klinikstandorte ab. Des Weiteren wurde 2012 an drei Standorten ein PatientInnen-Datenmanagementsystem für den Intensivbereich installiert. Als weiterer Meilenstein in punkto Vernetzung wird die Einführung des Niederösterreichischen Befundinformationssystems (NÖBIS) angeführt, womit die standortübergreifende Einsichtnahme in Krankenakte von stationären PatientInnen ermöglicht wird (vgl. NÖ Landeskliniken-Holding 2013, 18). Auch die geplante Vernetzung der intra- und extramuralen Bereiche durch die Elektronische Gesundheitsakte ist ein zentrales Thema (vgl. NÖ Landeskliniken-Holding 2013, 16). Bei dem Projekt »Leistungsdokumentation im ambulanten Bereich« wird an der Umsetzung der Verwendung eines einheitlichen Ambulanzkatalogs gearbeitet (vgl. NÖ Landeskliniken-Holding 2013, 15).

108

Zur strategischen Versorgungsplanung werden laufend Analysen durchgeführt, für die die Harmonisierung und Qualitätssicherung bestehender und dokumentierter Daten der Kliniken notwendig sind. Zudem werden auch neue Dokumentationserfordernisse aufgefunden gemacht. Ferner werden Daten und Auswertungen für den Planungsprozess des Regionalen Strukturplans Gesundheit zur Verfügung gestellt (vgl. NÖ Landeskliniken-Holding 2013, 47f.).

Eine weitere Dokumentationsvorgabe ermöglicht die Analyse der PatientInnenströme in den ambulanten Klinikbereichen. Daraus ergeben sich beispielsweise Informationen über »Anteil der Selbstzuweiser, Anteil der Wiederbestellungen, Anteil der zugewiesenen Patientinnen und Patienten« (vgl. NÖ Landeskliniken-Holding 2013, 49).

DOKUMENTATION IM AUSSERSTATIONÄREN SEKTOR

Die Psychosozialen Dienste haben ein gemeinsames System der KlientInnen-Aufnahme und -Dokumentation entwickelt (»Diagnostik als Voraussetzung für die Aufnahme in das Intensive Case Management und die Intensiv Tagesstruktur«). Die folgenden Informationen diesbezüglich stammen aus dem Organisationshandbuch der beiden Träger des PSD, der Caritas St. Pölten und der PSZ GmbH (Land Niederösterreich 2012).

Vor Beginn eines multiprofessionellen Assessments sollten alle relevanten Unterlagen eingeholt werden. Dabei handelt es sich um persönliche Daten, relevante Daten und Befunde zur psychiatrischen Diagnose, bereits gestellte Anträge (z.B. Heimantrag), Arztbriefe, Pflegegeldeinstufung etc. Durch einen Leitfaden ist festgehalten, was im Vorfeld des Assessments und zu Beginn des Assessments zu tun ist. Mittels des Kurzgutachtens CANSAS werden die Bedürfnisse der KlientInnen bewertet und damit der benötigte Betreuungsbedarf durch den PSD erhoben (Land Niederösterreich 2012).

Für die KlientInnen wird dann in Folge ein Assessmentbogen angelegt, in dem neben KlientInnendaten auch Informationen zur Wohn- und Lebenssituation, Einkommen und Grundsicherung, zur beruflichen Biographie, stationären Aufenthalten, Medikation sowie Diagnose nach ICD-10 enthalten sind (siehe untenstehende Tabelle). Zusätzlich werden die Bedürfnisse in 22 Gesundheits- und Sozialbereichen erhoben und bewertet.

Inhalte des Assessmentbogens	
PatientInnen/KlientInnendaten:	<ul style="list-style-type: none"> o Kontaktdaten o SV Nr. o Staatsbürgerschaft und Muttersprache o Informationen zu Sachwalterschaft o Kontaktperson, Fach-, Hausarzt o Zuständige MAInnen PSD
Wohn- und Lebenssituation:	<ul style="list-style-type: none"> o Familienstand o Informationen zu Kind(ern) o Wohnbiographie o Personal Care o Informationen zu Verwahrlosungstendenzen o Soziale Kontakte
Einkommensart/Grundsicherung:	<ul style="list-style-type: none"> o Pflegestufe o Tagesstruktur
Berufliche Biographie:	<ul style="list-style-type: none"> o Mobilität
Stationäre Aufenthalte:	<ul style="list-style-type: none"> o Wann o Institution o UbG o E-Brief
Medikation derzeit:	<ul style="list-style-type: none"> o Depot o Medikamenteneinnahme (selbständig, teilselbständig, unselbständig) o Medikamentenunverträglichkeit
Diagnostik ICD 10:	<ul style="list-style-type: none"> o ICD Nr., Beschreibung o CANSAS Bewertung o Auffälligkeiten d. psychopathologischen Status o Erschwerende Faktoren o Ressourcen o Beilagen o Abschlussbericht
CANSAS Bewertung:	<p>Bewertung:</p> <p>0 = kein ernstes Problem (kein Bedürfnis) 1 = kein/gemäßigtes Problem auf Grund erhaltener Hilfeleistung (gedeckter Bedarf) 2 = ernstes Problem 9 = nicht bekannt</p> <p>Dimensionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Wohnsituation/Unterkunft o Ernährung/Nahrungsversorgung o Versorgung der Wohnung o Selbstversorgung o Tagesaktivitäten o Physische Gesundheit o Psychologische Symptome o Information über Konstitution und Behandlung o Psychische Erschöpfung o Sicherheit für sich selbst o Sicherheit für andere o Alkohol o Drogen o Soziale Kontakte o Intime Beziehungen o Sexuelle Gefühle o Kindheit o Grundausbildung o Telefon o Beförderungsmittel o Geld o Unterstützungen, Beihilfen

Tabelle 47: Inhalte des Assessmentbogens PSD
Organisationshandbuch PSD (Land Niederösterreich 2012)

Weitere Empfehlungen und Vorgehensweisen werden in einer Stellungnahme zum Assessment notiert.

Die PSD-Betreuungsvereinbarung informiert über die Freiwilligkeit der Zusammenarbeit, die Notwendigkeit des fachlichen Austauschs unterschiedlicher Berufsgruppen und die gesetzlich geregelte Verschwiegenheit, mit der die erhobenen Daten behandelt werden (Land Niederösterreich 2012).

STANDARDISIERTE DOKUMENTATIONSSYSTEME – GOOD PRACTICE BEISPIEL VORARLBERG

Im Jahr 2005 wurde in Vorarlberg eine einheitliche regionale PsychiatrieBerichterstattung eingeführt.

» Fast alle Systempartner beteiligen sich an der Datenerhebung, und mit den Jahren steigt die Qualität der nach einheitlichem Muster erbetenen Angaben. [...] Das Amt der Vorarlberger Landesregierung verfügt damit über erfolgversprechende Hilfsmittel für eine Qualitätsentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen auf der individuellen, institutionellen und regionalen Ebene [...]. Kostenträger und Leistungserbringende erhalten Hinweise für Unter-, Über- oder Fehlversorgung, können gemeinsam den Zielgruppenbezug sozialpsychiatrischer Hilfen überprüfen und Qualitätsentwicklung im Sinne eines ‚Lernen vom Besten‘ betreiben. «
(Elgeti 2013, 9f.)

Es werden Daten der Gemeindestatistik der Vorarlberger Landesregierung verwendet und mit den statistischen Jahresberichten der EinrichtungsträgerInnen, die mittels einheitlicher Formulare abgefragt werden, in Verbindung gebracht. Die entsprechenden Angaben können durch die Leistungsträger in die vorgesehenen Formulare eingetragen oder online eingegeben werden. Psychiatrische Kliniken beteiligen sich ebenso an der regionalen Berichterstattung wie die AnbieterInnen von sozialpsychiatrischen Integrationshilfen. Lediglich psychiatrische Facharztpraxen und die meisten AnbieterInnen psychotherapeutischer Hilfen konnten bisher nicht miteinbezogen werden (vgl. Elgeti 2013, 17).

Gemeindestatistik des Amtes der Vorarlberger Landesregierung	
Gebietsfläche in Hektar (ha)	
Einwohnerzahl nach Altersgruppen	
Zahl der Arbeitslosen	
Statistische Jahresberichte der Einrichtungsträgerinnen bzw. Einrichtungsträger	
Datenblatt A:	allgemeine Angaben zu den verschiedenen Hilfsangeboten der Anbietenden
Datenblatt B:	Angaben zu Größe und Kosten jedes einzelnen Angebotes sowie zu Umfang und Qualifikation des hier eingesetzten Fachpersonals
Datenblatt C:	kurz gefasste anonymisierte Basis- und Leistungsdokumentation für jede im einzelnen Angebot betreute Person

Tabelle 48: Dokumentationssystem in Vorarlberg
Elgeti 2013, 17

Literatur

- Amering, M./Schmolke, M. (2007): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- AMS (2014): Arbeitsmarktdaten online. <http://iambweb.ams.or.at/ambweb/> (abgerufen am 19.03.2014)
- Amt der NÖ Landesregierung (2012): NÖ Sozialbericht. St. Pölten.
- Amt der OÖ Landesregierung, Abteilung Soziales (2011): Rahmenrichtlinie. Leistungskatalog und Qualitätsstandards. Fähigkeitsorientierte Aktivität. Linz.
- Amt der OÖ Landesregierung, Abteilung Soziales (2011): Rahmenrichtlinie. Leistungskatalog und Qualitätsstandards. Wohnen und Mobile Betreuung und Hilfe. Linz.
- Amt der OÖ Landesregierung (2012): OÖ Sozialbericht – 03 Leistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen Linz.
- Amt der OÖ Landesregierung (2013): Chancengleichheitsprogramm Arbeit und Fähigkeitsorientierte Aktivität. Linz.
- Amt der OÖ Landesregierung, Abteilung Soziales (2014): Abschlussbericht Projektgruppe Paradigmenwechsel. Psychiatrische Vor- und Nachsorge. Linz.
- Amt der Salzburger Landesregierung (2014): Bedarfsplan 2017. Salzburg. www.salzburg.gv.at/bedarfsplan_pflege_2017.pdf (abgerufen am 17.5.2014)
- Amt der Steiermärkischen Landesregierung (Hg.) (2006): Psychiatriebericht Steiermark. Graz.
- Antonovsky A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Erweiterte deutsche Ausgabe. Tübingen: dgvt.
- Ärztelkammer für Niederösterreich (2014): Ärzteverzeichnis. <http://cms.arztnoe.at/cms/ziel/100969/DE/> (abgerufen am 09.04.2014)
- Babitsch, B./Kuhlmann, E. (2007): Die Integration von Gender in die Versorgungsforschung. In: Janßen, C./Borgetto, B./Heller, G. (Hg.): Medizinsoziologische Versorgungsforschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde. Weinheim/München: Juventa, 49-65.
- Becker, T./Hoffmann, H./Puschner, B./Weinmann S. (2008): Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. In: Gaebel, W./Müller-Spahn, F. (Hg.): Konzepte und Methoden der Klinischen Psychiatrie. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- BEinstG Behinderteneinstellungsgesetz (1970): Behinderteneinstellungsgesetz. BGBl. Nr. 22/1970.
- Berhe, T./Puschner, B./Kilian R./Becker, T. (2005): »Home treatment« für psychische Erkrankungen. Begriffsklärung und Wirksamkeit. In: Der Nervenarzt, 76, 822-831.
- Bernhard, E. (2014): HPE Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter. Text wurde für die Evaluation verfasst.
- Biffel, G./Faustamnn, A./Gabriel, D./Leoni, T./Mayrhuber, C./Rückert, E. (2011): Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen. http://media.arbeiterkammer.at/PDF/Psychische_Belastungen_der_Arbeit.pdf (abgerufen am 18.06.2014)
- BMASK Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2010): UN-Behindertenrechtskonvention. Erster Staatenbericht Österreichs.
- BMASK Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2012a): NAP Nationaler Aktionsplan Behinderung 2012-2020. Strategie der österreichischen Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.
- BMASK Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2012b): Nationaler Sozialbericht Österreich 2012. Wien.
- BMASK Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2013): BABE – Österreich 2014-2017. Behinderung – Ausbildung – Beschäftigung.
- BMG Bundesministerium für Gesundheit (2014a): Datencheck: Aktuelle Listen eingetragener Berufsgruppen. http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Berufe/Datencheck_Aktuelle_Listen_eingetragener_Berufsgruppen (abgerufen am 08.05.2014)

- BMG Bundesministerium für Gesundheit (2014b): Bundesweit einheitliche Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten (Austrian Inpatient Quality Indicators – A-IQI). http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Ergebnisqualitaetsmessung (abgerufen am 06.06.2014)
- Bock, T. (2005): Aus dem Trialog lernen – Konsequenzen für den psychiatrischen Alltag. In: Adberhalden, C./Needham, I. (Hg.): Psychiatrische Pflege – Verschiedene Settings, Partner, Populationen. Vorträge und Poster vom 2. Dreiländerkongress in Bern. Unterostendorf: Ibicura, 154-166.
- Böhm, M./Gruber, D./Koren, G. (2012): »Wenn sich die Türe dreht«. Personenspezifika und ausgewählte Untersuchungsmerkmale von Psychatriepatienten mit hoher Wiederaufnahmerate in ausgewählten Bundesländern in Österreich. In: Soziale Sicherheit, 6, 329-334.
- Böhm, M./Gruber, D./Koren, G./Schöny, W./Endel, F. (2013): »Wenn sich die Türe dreht«. Personenspezifika und ausgewählte Untersuchungsmerkmale von Psychatriepatienten mit hoher Wiederaufnahmerate in ausgewählten Bundesländern in Österreich. Linz: Pro Mente Edition.
- Bormann, C. (2007): Theoretische Aspekte und Ansatzpunkte der Versorgungsforschung. In: Janßen, C./Borgetto, B./Heller G. (Hg.): Medizinsoziologische Versorgungsforschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde. Weinheim und München: Juventa, 13-24.
- Bradford, A./Kunik, M./Schulz, P./Williams, S./Singh, H. (2009): Missed and delayed diagnosis of dementia in primary care: prevalence and contributing factors. In: Alzheimer disease & associated disorders, 23, 306-314.
- Bühler, E. (2013): Durch Kooperation fit für die Zukunft. In: Bühler, E. (Hg.): Überleitungsmanagement und Integrierte Versorgung. Brücke zwischen Krankenhaus und nachstationärer Versorgung. Stuttgart: Kohlhammer, 9-37.
- Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013-2016 (2014): Zielsteuerung Gesundheit. http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/0/5/CH1069/CMS1371563907633/b-zv_urschrift.pdf (abgerufen am 06.06.2014)
- Bundeskanzleramt (Hg.) (2013): Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013-2018. Erfolgreich. Österreich. <https://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=53264> (abgerufen am 23.06.2014)
- Busch; M./Grabenhofer-Eggerth, A./Kellner, K./Kerschbaum, H./Wirl, C. (2013): Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. http://www.praevention.at/upload/documentbox/epidemiologiebericht_drogen_2012_2013.pdf (abgerufen am 23.06.2014)
- Camenzind, P./Frick, U. (2010): Stationäre Psychiatrie der Schweiz im Wandel. In: Obsan Bulletin, 3, 1-4.
- Caritas (2011a): Jahresbericht 2011. St. Pölten: Caritas der Diözese St. Pölten (Hg.).
- Caritas (2011b): Jahresbericht 2011/12. Psychosozialer Dienst, Club Aktiv, PsychoSoziale Wohngemeinschaften. St. Pölten: Caritas der Diözese St. Pölten (Hg.).
- Caritas (2014): Psychosozialer Dienst PSD. http://www.psychosozialer-dienst.at/fileadmin/user_upload/PSD/PSD_Folder_allgemein_2013_web.pdf (abgerufen am 02.04.2014)
- Castel, R. (2008): Die Fallstricke des Exklusionsbegriffs. In: Bude, H./Willisch, A. (Hg.): Exklusion. Die Debatte über die »Überflüssigen«. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 69-86.
- Cibis, A./Bramfeld, A./Blume, A./Havers, I./Hegerl, U. (2008): Optimierte Versorgung depressiv Erkrankter. Das deutsche Bündnis gegen Depression. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 51(4), 430-435(6).
- Clarke, G./Herinckx, H./Kinney, R./Paulson, R./Cutler, D./Lewis, K./Oxman, E. (2000): Psychiatric hospitalizations, arrests, emergency room visits, and homelessness of clients with serious and persistent mental illness: findings from a randomized trial of two ACT programs vs. usual care. In: Mental Health Services Research, 2, 155-164.
- Danzer, D./Bednar, W./Steif, S./Danmayr, E./ Schaffenberger, E. (2005): Kärntner Psychiatrieplan. Wien: ÖBIG.
- Davidson, L./Bellamy, C./Guy, K./Miller, R. (2012): Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. In: World Psychiatry, 11, 123-128.
- Davidson, L./Chinman, M./Sells, D./Rowe, M. (2006). Peer Support Among Adults With Serious Mental Illness: A Report From the Field. In: Schizophrenia Bulletin, 32, 443-450.

- Davidson, L./Shahar, G./Stayner, D./Chinman, M./Rakfeldt, J./Kraemer Tebes, J. (2004): Supported socialization for people with psychiatric disabilities: Lessons from a randomized controlled trial. In: Journal of Community Psychology, 32, 453-477.
- Denk, P./Hagleitner, J./Weibold, B. (Hg.) (2009): UbG aktuell. Tagungsband 2009. Wien: Gesundheit Österreich GmbH und NÖ Landeskliniken-Holding.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin – DEGAM (2008): Demenz. DEGAM-Leitlinie Nr. 12. Düsseldorf.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde – DGPPN (Hg.) (2006): S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Band 1. Darmstadt: Steinkopff.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde – DGPPN (Hg.) (2012): S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. Langfassung. Berlin/Düsseldorf.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde – DGPPN (Hg.) (2013): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Dörner, K. (2001): Von einer Institutions- zur Bürgerorientierung. In: Bremer, F./Hansen, H./Blume, J. (Hg.): Wie geht's uns denn heute! Sozialpsychiatrie zwischen alten Idealen und neuen Herausforderungen. Neumünster: Paranus, 90-105.
- Eggerth, A./Bednar, W./Hagleitner, J. (2010): Versorgung mit Psychotherapie 2009. Eine Iststand-Erhebung mit einem Sonderkapitel zu Psychopharmaka. Wien: ÖBIG.
- Elgeti, H. (2013): Vorarlberger Psychiatriebericht 2013. Bregenz: Amt der Vorarlberger Landesregierung (Hg.).
- Fachstelle für Suchtprävention (2014): Beratung/Therapie. <http://www.suchtpraevention-noe.at/index.php?nav=16> (abgerufen am 23.06.2014)
- Faktori Informationszentrum für benachteiligte und behinderte junge Menschen zu Bildung und Beruf (2014): Beschäftigungspflicht & Ausgleichstaxe. <http://faktori.wuk.at/Portals/WukPortalRoot/faktori/infoblatt/deutsch/Beschaefigungspflicht%20u%20Ausgleichstaxe%20-%20infoblatt%20deutsch.pdf> (abgerufen am 20.06.2014)
- Fuchs-Heinritz, W./Lautmann, R./Rammstedt, O./Wienold, H. (Hg.) (2007): Lexikon zur Soziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gesundheitsreformgesetz (2005): Gesundheitsreformgesetz 2005. BGBl. I Nr. 179/2004.
- Goltz, A. (2014): Möglichkeiten der Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsplanung. In: Soziale Sicherheit. Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung, 74-81.
- Graf von der Schulenberg, J./Greiner, W./Jost, F./Klusen, N./Kubin, M./Leidl, R./Mittendorf, T./Rebscher, H./Schöffski, O./Vauth, C./Volmer, T./Wahler, S./Wasem, J./Weber, C. et al. (2007): Deutsche Empfehlungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation – dritte und aktualisierte Fassung des Hannoveraner Konsens. In: Gesundheitsökonomisches Qualitätsmanagement, 12, 285-290.
- Grausgruber, A./Grausgruber-Berner, R./Haberfellner, E. (2006): Enthospitalisierung psychiatrischer LangzeitpatientInnen in Oberösterreich. Eine Evaluierung der Versorgungskosten, des Hilfebedarfs und der Lebensqualität. Linz: pro mente edition.
- Grill, W. /Rath, D. /Taschler, I./Schiebendrein, S. (2012): NÖ Bündnis gegen Depression. Jahresbericht 2012.
- Großimlinghaus, I./Falkal, P./Gaebel, W./Janssen, B./Reich-Erkelenz, D./Wobrock, T./Zielasek, J. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. In: Der Nervenarzt, 3, 350-365.
- Gruber, D. (2013): Möglichkeiten und Grenzen des Konzeptes »Social Return on Investment (SROI)«. Unveröffentlichtes Manuskript. Linz.
- Gruber, D./Borth, S. (2012): Kosten-Nutzen-Bilanz der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation in Bad Hall (Sonnenpark Bad Hall in Oberösterreich). Unveröffentlichter Forschungsbericht. Linz.
- Gühne, U./Weinmann, S./Arnold, K./Atav, E./Becker, T./Riedel-Heller, S. (2011): Akutbehandlung im häuslichen Umfeld: Systematische Übersicht und Implementierungsstand in Deutschland. In: Psychiatrische Praxis, 38, 114-122.

- Haas, M. (2007): Das Nahtstellenmanagement zwischen dem intra- und extramuralen Bereich am Beispiel des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan und des Bezirks Feldkirchen im Hinblick auf eine integrierte Versorgung. In: Deutmeyer, M. (Hg.): Aktuelle Entwicklungen im österreichischen Gesundheits- und Pflegemanagement. Probleme – Analysen – Perspektiven. Wien: Facultas.wuv, 74–99.
- Haase, A./Hejnal, T. (2010): Der therapeutische Alltag hat sich verändert. Erfahrungen mit dem regionalen Psychriatriebudget Dithmarschen. In: Rundbrief der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, 2010(1), 19–21.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2011): Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter. Projekt »Psychische Gesundheit«. Wien/Salzburg: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger/Gebietskrankenkasse Salzburg.
- Heintz, H. (2014): HSSG Niederösterreich. Text wurde für die Evaluation verfasst.
- Hensen, P. (2008): Qualitätsberichterstattung im Gesundheitswesen. Der lange Weg zur Leistungstransparenz und Nutzerkompetenz. In: Hensen, G./Hensen P. (Hg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwissenschaften, 165–193.
- Hillmann, K. (2007): Wörterbuch der Soziologie. Stuttgart: Alfred Kröner Verlag.
- Hinz, A. (2006): Inklusion und Arbeit – wie kann das gehen? In: Impulse, 39, 3–12.
- Hofer, H./Iser, W./Miller-Fahringer, K./Rubisch, M. (2006): Behindertengleichstellungsrecht. Kommentar. Wien/Graz: NWV Neuer wissenschaftlicher Verlag.
- Hörhan, U. (2014): Suchthilfe in Niederösterreich. Text wurde für die Evaluation verfasst.
- HPE (2014): Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter. HPE-Niederösterreich. <http://www.hpe.at/sitex/index.php/page.95/> (abgerufen am 07.04.2014)
- Karow, A./Bock, T./Daubmann, A./Meigel-Schleiff, C./Lange, B./Lange, M./Ohm, G./Bussopulos, A./Frieling, M./Golks, D./Kerstan, A./König, H./Nika, L./Lange, M./Ruppelt, F./Schödlbauer, M./Schöttle, D./Sauerbier, A./Rietschel, L./Wegscheider, K./Wiedemann, K./Schimmelmann, B./Naber, D./Lambert, Martin (2013): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 2. In: Psychiatrische Praxis, efirst, DOI: 10.1055/s-0033-1349496.
- Katschnig, H./Denk, P./Scherer, M. (2004): Österreichischer Psychiatriebericht 2004. Analysen und Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Katschnig, H. (2006): Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. In: World Psychiatry, 5, 139–145.
- Katschnig, H./Denk, P./Weibold, B. (2003): Evaluation des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995. Wien: Universitätsklinik für Psychiatrie. <http://lubis.lbg.ac.at/en/publications/niederoesterreichischer-psychiatrieplan> (abgerufen am: 4.11.2014)
- Kilian, R. (2012): Gesundheitsökonomische Evaluation gemeindepsychiatrischer Interventionen. In: Der Nervenarzt, 83, 832–839.
- Koenig, O. (2009): Beschäftigungspräferenzen von NutzerInnen Wiener Werkstätten. Ergebnisse einer quantitativen Studie. In: Impulse, 51, 46–53.
- Krautgartner, M./Scherer, M./Katschnig, H. (2002): Psychiatrische Krankenhaustage. Wer konsumiert die meisten? Eine Record-Linkage-Studie über fünf Jahre in einem österreichischen Bundesland. In: Psychiatrische Praxis, 29, 355–363.
- Krisor, M. (2005): Aufgehoben in der Gemeinde. Entwicklung und Verankerung einer offenen Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Krumm, S./Becker, T. (2006): Der Einbezug von Nutzern psychiatrischer Angebote in die psychiatrische Versorgungsforschung. In: Psychiatrische Praxis, 33, 59–66.
- Kunze, H./Priebe, S. (2006): Integrierte Versorgung – Perspektiven für die Psychiatrie und Psychotherapie. In: Psychiatrische Praxis, 33, 53–55.

Lambert, M./ Bock, T./Daubmann, A./Meigel-Schleiff, C./Lange, B./Lange, M./Ohm, G./Bussopulos, A./Frieling, M./Golks, D./Kerstan, A./König, H./Nika, L./Ruppelt, F./Schödlbauer, M./Schöttle, D./Sauerbier, A./Rietschel, L./Wegscheider, K./Wiedemann, K./Schimmelmann, B./Naber, D./Karow, A. (2013): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 1. In: Psychiatrische Praxis, efirst, DOI: 10.1055/s-0033-1349497.

Land Niederösterreich (2012): PSD ORG Handbuch Stand Oktober 2012/3. PSD NEU Projekt 2012.

Landes-Zielsteuerungsvertrag (2014): Zielsteuerung Gesundheit, Niederösterreich.

Lawlor, E./Neitzert, E./Nicholls, J. (2008): Measuring Value: a guide to Social Return on Investment (SROI). London: nef, the new economics foundation.

LRH Landesrechnungshof Niederösterreich (2012): Grundlagen der psychiatrischen Versorgung in Niederösterreich. Bericht 16/2012. <http://www.lrh-noe.at/index.php/berichte/pruefberichte/280-162012-grundlagen-der-psychiatrischen-versorgung-in-niederoesterreich> (abgerufen am 04.04.2014)

LRH Landesrechnungshof Niederösterreich (2013): Planung, Finanzierung und Betrieb von Betreuungsstationen und Betreuungszentren in NÖ Pflegeheimen. Bericht 11/2013. <http://www.lrh-noe.at/index.php/berichte/pruefberichte/316-112013-planung-finanzierung-und-betrieb-von-betreuungsstationen-und-betreuungszentren-in-noe-landespflegeheimen> (abgerufen am 20.03.2014)

Luthe, E. (2013): Modellebenen der integrierten Versorgung. In: Luthe, E. (Hg.): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: Springer Fachmedien. 37–54.

Malone, D./Marriott, S./Newton-Howes, G./Simmonds, S./Tyrer, P. (2010): Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. In: Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, 3.

Meise, U./Stieg, K. (2008): Die psychiatrische und psychosoziale Versorgung in Tirol. In: Gemeindenahe Psychiatrie 4/2008. 163-176.

Meise, U./Wancata, J./Hinterhuber, H. (2008): Psychiatrische Versorgung in Österreich: Rückblick – Entwicklungen – Ausblick. In: Neuropsychiatrie 22(4), 230–242.

Middleton L. E./Yaffe K. (2009): Promising strategies for the prevention of dementia.: In: Archives of Neurology, 66,1210-1215.

Middleton L. E./Yaffe K. (2010). Targets for the prevention of dementia. In: Journal of Alzheimer's Disease, 20, 915-924.

Monitoringausschuss (2012): Stellungnahme: Jetzt entscheide ich! – Selbstbestimmte Entscheidungsfindung.

Mönter, N. (2010): Wenn Leitlinien auf Versorgungswirklichkeit treffen. Sinn von Leitlinien aus Sicht niedergelassener Psychiater. In: Der Nervenarzt 81, 1069–1078.

Munz, I./Ott, M./Jahn, H./Rauscher, A./Jäger, M./Kilian, R./Frasch, K. (2011): Vergleich stationär-psychiatrischer Routinebehandlung mit wohnfeldbasierter psychiatrischer Akutbehandlung («Home Treatment»). In: Psychiatrische Praxis, 38, 123-128.

Nedopil, N. (2012): Standardisierte Dokumentation als Methode der Qualitätssicherung. In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 6(4), 221-226.

NÖGKK (2014a): Daten und Informationen zur Versorgung in NÖ per Mail.

NÖGKK (2014b): Daten aus der Veranstaltung: Festtag der Psychotherapie. Mehr als 10 Jahre Psychotherapie & 1 Jahr Clearingstelle für Psychotherapie. Am 26.06.2014.

NÖ Landeskliniken-Holding (2013): Bericht 2012. NÖ Pressehaus, St. Pölten. <http://user-27910463975.publ.com/Bericht-2012> (abgerufen am 07.05.2014)

NÖ Landeskliniken-Holding (2014a): Home. <http://www.lknoe.at/> (abgerufen am 19.03.2014)

NÖ Landeskliniken-Holding (2014b): Kliniken. <http://www.holding.lknoe.at/kliniken.html> (abgerufen am 19.03.2014)

NÖ Landespflege- und Jugendheime (2014): Angebote. <http://www.noelandesheime.at/pflegeheime/angebote/> (abgerufen am 20.03.2014)

NÖ MTG (2013): NÖ Monitoringgesetz. LGBl. 9291-0.

NÖ SHG (2000): NÖ Sozialhilfegesetz 2000. LGBl. 9200-11.

- O'Donnell, M./Parker, G./Proberts, M./Matthew, R./Fisher, D./Johnson, B./Hadz-Pavlovic, D. (1999): A study of client-focused case management and consumer advocacy: the Community and Consumer Service Project. In: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33 (5), 684-693.
- ÖAR Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2010): Bericht zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen im Österreich.
- ÖAR Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2013): Arbeit und Beschäftigung.
- Ollenschläger, G./Lelgemann, M./Kopp, I. (2007): Nationale Versorgungsleitlinien – Nutzung im Qualitätsmanagement unter besonderer Berücksichtigung von Klinischen Behandlungspfaden und Regionalen Leitlinien. In: Medizinische Klinik 102, 565-569.
- OÖ ChG (2008): Landesgesetz betreffend die Chancengleichheit von Menschen mit Beeinträchtigungen. LGBL 41/2008.
- ÖROK Österreichische Raumordnungskonferenz (2015): ÖROK Prognosen. <http://www.oerok.gv.at/raum-region/daten-und-grundlagen/oerok-prognosen/oerokprognosen-2010.html> (abgerufen am 24.2.2015)
- ÖSG (2012): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012. Wien: Gesundheit Österreich GmbH (Verf.), Bundesministerium für Gesundheit (Hg.).
- Österreichische Ärztekammer (Hg.) (2011): Wertschöpfungs- und Wachstumseffekte des Gesundheitssektors in Österreich. Berichte des Instituts für Höhere Studien im Auftrag der Österreichischen Ärztekammer. Wien: Verlagshaus der Ärzte.
- Peer-Center – Psychosozialer Betroffenenverein (2013): Vereinsprofil 2013. Salzburg.
- Pensionsversicherungsanstalt (2012): Pflegegeldinformation 2012.
- Pfammatter, M./Junghan, U. M. (2012): Integrierte psychotherapeutische Behandlung von schwer psychisch Kranken. In: Der Nervenarzt 83, 861-868.
- Piepenhagen, G. (2008): Von der Behandlungsleitlinie zur Versorgungsleitlinie – Behandeln und Eingliedern verbinden. In: Psychoneuro 34 (11/12), 536-539.
- Preining, B. (2009): Patientenbeteiligung am medizinischen Behandlungsprozess: Durch welche Merkmale unterscheiden sich jene Patienten, die eine aktiv Rolle im medizinischen Behandlungsprozess einnehmen von anderen? Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Priebe, S./Finzen, A. (2002): On the different connotations of social psychiatry. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37, 47-49.
- Psyonline (2014): Anzahl der PsychotherapeutInnen in Österreich nach Bundesländern. <http://www.psyonline.at/contents/557/anzahl-der-psychotherapeutinnenin-oesterreich-nach-bundeslaendern> (abgerufen am 01.04.2014)
- PSZ GmbH (2011): Tätigkeitsbericht. Stockerau: Psychosoziale Zentren GmbH (Hg.).
- PSZ GmbH (2014): Angebote Psychosozialer Dienst PSD. <http://www.psz.co.at/angebote/psychosozialer-dienst-psd/> (abgerufen am 02.04.2014)
- Qiu, C./ Xu W./Fratiglioni, L. (2010): Vascular and psychosocial factors in Alzheimer's disease: Epidemiological evidence toward intervention. In: Journal of Alzheimer's Disease, 20, 689-697.
- Reichhart, T./Kissling, W./Scheuring, E./Hamann, J. (2008): Patientenbeteiligung in der Psychiatrie – eine kritische Bestandsaufnahme. In: Psychiatrische Praxis 35, 111-121.
- Rivera, J./Sullivan, A./Valenti, S. (2007): Adding Consumer-Providers to Intensive Case Management: Does It Improve Outcome? In: Psychiatric Services, 58, 802-809.
- Rogers, S./Farkas, M./Anthony, W./Kash, M./Maru, M. (2009): Systematic Review of Peer Delivered Services Literature 1989-2009. Verfügbar unter: <http://drk.bu.edu/researchsyntheses/psychiatric-disabilities/peer-services> (abgerufen am 03.06.2014)
- Roick, C./Gärtner, A./Heider, D./Angermeyer, M. (2002): Heavy User psychiatrischer Versorgungsdienste. Ein Überblick über den Stand der Forschung. N: Psychiatrische Praxis, 29, 334-342.
- RSG NÖ (2010): Regionaler Strukturplan Gesundheit NÖ 2015. Wien: ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft (Verf.), NÖGUS Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds (Hg.).
- Rutter M. (2006): Implications of resilience concepts for scientific understanding. In: Annuals of the New York Academy of Sciences, 1094, 1-12.

- Sagmeister, G. (2007): Entlassungsmanagement und Überleitungspflege als Möglichkeiten zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zwischen intra- und extramuralem Bereich: Wie aus einer Schnittstelle eine Nahtstelle wird. In: Deutmeyer, M. (Hg.): Aktuelle Entwicklungen im österreichischen Gesundheits- und Pflegemanagement. Probleme – Analysen – Perspektiven. Wien: Facultas.wuv, 100–122.
- Salize, H./Kilian, R. (2010): Gesundheitsökonomie in der Psychiatrie. Konzepte, Methoden, Analysen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmid, P./Steinert, T./Borbé, R. (2013): Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. In: Psychiatrische Praxis 40(8), 414–424.
- Schneider, F./Voigt, J. (2012): Volkswirtschaftliche Analyse der Interessensvertretung Sozialunternehmen in OÖ. Unveröffentlichter Forschungsbericht. Linz.
- Schöny, W. (1997): Tetralog – Vision und Realität. In: Gemeindenahe Psychiatrie, 18, 79–82.
- Schulze, M. (2011): Menschenrechte für alle: Die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. In: Flieger, P./Schönwiese, V. (Hg.): Menschenrechte – Integration – Inklusion. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt, 11–25.
- Schwalb, H./Theunissen, G. (2009): Inklusion, Partizipation und Empowerment in der Behindertenarbeit. Best-Practice-Beispiele: Wohnen – Leben – Arbeit – Freizeit. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sells, D./Davidson, L./, Jewell, C./Falzer, P./Rowe, M. (2006): The Treatment Relationship in Peer-Based and Regular Case Management for Clients With Severe Mental Illness. In: Psychiatric Services, 57(8), 1179–1184.
- Solomon, P./Draine, J./Delaney, M. (1995): The working alliance and consumer case management. In: The Journal of Behavioral Health Services and Research, 22, 126–134.
- Sozialhilfeinfo NÖ (2014): Betreuungszentrum Mauer. http://www.sozialinfo.noel.gv.at/content/de/9/InstitutionDetail.do?it_1=7342901&senseid=1126 (abgerufen am 20.03.2014)
- Spießl, H./ Hausner, H./ Hajak, G./ Cording, C. (2008): Dokumentation in der Psychiatrie und Psychotherapie. Rechtliche Grundlagen und klinische Praxis. In: Der Nervenarzt 79, 1087–1098.
- Statistik Austria (2014): Bevölkerung. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/index.html (abgerufen am 30.05.2014)
- Steinhart I. (2008): Praxis trifft Inklusion. In: Verhaltenstherapie/Psychosoziale Praxis, 40, 29–34.
- Straka, P. (2004): Das System des österreichischen Gesundheitswesens im Wandel? In: Holzer, E./Hauke, E. (Hg.): Gesundheitswesen – vom Heute ins Morgen. Facultas: Wien. 9–21.
- Straßmayr, C./Matanov, A./Priebe, S./Barros, H./Canavan, R./Díaz-Olalla, J./Gabor, E./Gardini, A./Greacen, T./Holcnerová, P./Kluge, U./Welbel, M./Nicaise, P./Schene, A./Soares, J./Katschnig, H. (2012): Mental health care for irregular migrants in Europe: Barriers and how they are overcome. In: BMC Public Health, 12, 1–12.
- Tatzer, E. (2014): Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung. Text wurde für die Evaluation verfasst.
- UN Behindertenrechtsausschuss (2013): Handlungsempfehlungen der UNO im Rahmen der Staatenprüfung Österreichs. Deutsche Übersetzung durch BIZEPS Zentrum für Selbstbestimmtes Leben.
- UN-Konvention (2008): Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. BGBl. III 155/2008.
- Valady, S. (2013): Planung Psychiatrie 2013. Stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung. Wien: Gesundheit Österreich.
- Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG (2013): Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung- Gesundheit. Vereinbarung 133/13 2013.
- Walle, M./Reichwaldt, W. (2010): Durch verbesserte Vernetzung zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit. Integrierte Versorgung im gemeindepsychiatrischen Kontext – das niedersächsische Modell. In: Rundbrief der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, 2010(1), 22–25.
- Wancata, J./Sobocki, P./Katschnig, H. (2007): Die Kosten von »Gehirnerkrankungen« in Österreich im Jahr 2004. In: Wiener Klinische Wochenschrift, 119, 91–98.
- Weibold, B. (2009): Benchmarking in der stationären psychiatrischen Versorgung in Niederösterreich. Wien: Wirtschaftsuniversität. Masterthesis.

Weinmann, S./Becker, T. (2009): Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Weinmann, S./Gaebel, W. (2005): Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen. Wissenschaftliche Evidenz zur Integration von klinischer Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie. In: Der Nervenarzt, 76, 809-821.

Weinmann, S./Gühne, U./Kösters, M./Gaebel, W./Becker, T. (2012): Teambasierte Gemeindepsychiatrie. Bedeutung von Kontextfaktoren und Übertragbarkeit der Studienevidenz. In: Der Nervenarzt, 83, 825-831.

Weinmann, S./Puschner, B./Becker, T. (2009). Innovative Versorgungsstrukturen in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie in Deutschland. In: Der Nervenarzt, 80, 31-39.

WHO World Health Organization (2001/2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf. http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf (abgerufen am 21.05.2014)

WHO World Health Organization (1980): International classification of impairments, disabilities, and handicaps. Genf. http://whqlibdoc.who.int/publications/1980/9241541261_eng.pdf (abgerufen am 21.05.2014)

WHO World Health Organization (2001): Mental disorders affect one in four people. http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/ (abgerufen am 26.06.2014)

Wittchen, H./Jacobi, F./Rehm, J./Gustavsson, A./Svensson, M./Jönsson, B./Olesen, J./Allgulander, C./Alonso, J./Faravelli, C./Fratiglioni, L./Jennum, P./Lieb, R./Maercker, A./van Os, J./Preisig, M./Salvador-Carulla, L./Simon, R./Steinhausen, H. (2011): The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. In: European Neuropsychopharmacology, 21, 655-679.

Zechmeister, I./Österle, A./Denk, P./Katschnig, H. (2002): Incentives in Financing Mental Health Care in Austria. In: The Journal of Mental Health Policy and Economics, 5, 121-129.

Anhang

Textteil

Klausur zur Evaluation des NÖ Psychiatrieplans

Euratsfeld, 23./24. April 2014

Moderatorinnen ICG:

Mag. Elisabeth Babnik

Mag. Maria Laura Bono

TeilnehmerInnen:

- DSA Anna Durstberger, Caritas St. Pölten
- Mag. Martin Kaukal, PSZ GmbH
- OA Dr. Wolfgang Grill, PSZ GmbH, LK Hollabrunn, Sozialpsychiatrische Tagesklinik
- DGKS Mag. Helene Lattacher MSc, MBA , GS7
- Mag. Helmut Baumgartner, GS5
- Prim. Dr. Rainer Fliedl, Kinder und Jugendpsychiatrie, Hinterbrühl
- Dr. Ursula Hörhan, Fachstelle für Suchtprävention
- Univ-Prof. Dr Martin Aigner, UK Tulln
- Mag. Daniela Ludwan, Mag. Martin Robausch, NÖGKK
- Herbert Heintz, HSSG NÖ und Mag. Edwin Ladinser, HPE Österreich
- Prof. Univ.-Doz. Dr. Werner Schöny, MMag. Gernot Koren, Mag. Sonja Unteregger, Mag. Dominik Gruber, Mag. Nina Woisetschläger, promente OÖ
- Prof. Dr. Martin Weichbold, Universität Salzburg
- Projektleitung: Dr. Andreas Schneider
- Projektteam: Mag. Barbara Preining



Abbildung 4: TeilnehmerInnen Klausur zur Evaluierung des NÖ Psychiatrieplans

UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung

Am 26.10.2008 wurde die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung in Österreich ratifiziert (vgl. BGBl. III 155/2008). Die Grundlage der Konvention ist die »Allgemeine Erklärung der Menschenrechte« und die Feststellung, dass »jeder Mensch ohne Unterschied Anspruch auf alle darin aufgeführten Rechte und Freiheiten hat« (UN-Konvention, BGBl. III 155/2008, Präambel, Abs. 1, Lit. b). Rechte betreffend die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung wurden konkretisiert.

» Seit dem innerstaatlichen Inkrafttreten der Konvention am 26. Oktober 2008 sind Bund (nationale Ebene), Länder (regionale Ebene) und Gemeinden (kommunale Ebene) gleichermaßen verpflichtet, die Konvention in Österreich umzusetzen. «

(BMASK 2010, 1)

Die Niederösterreichische Landesregierung bekannte sich ebenfalls zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und beschloss 2013 das Niederösterreichische Monitoringgesetz (NÖ MTG, LGBl. 9291-0) »Zur Förderung und Überwachung der Durchführung des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderung«.

Im Staatenbericht aus 2010 erfolgte eine Bestandsaufnahme der österreichischen Behindertenpolitik. Zwei Jahre später folgte der »Nationale Aktionsplan Behinderung 2012-2020«, in dem die Strategie zur Umsetzung der Konvention in Österreich auf nationaler Ebene formuliert wurde.

» Das visionäre Ziel bis zum Jahr 2020 ist [...] die **inklusive Gesellschaft**, wonach Behinderte und andere benachteiligte Menschen an allen Aktivitäten der Gesellschaft teilhaben können. [...] Inklusion entspricht damit dem **Grundsatz der Normalisierung**, wonach sich das Leben behinderter Menschen möglichst wenig von dem nichtbehinderter Menschen unterscheiden soll. «

(BMASK 2012a, 6)

120

Es wird jedoch hervorgehoben, dass »ein Aktionsplan des Bundes den Ländern keine Verpflichtungen auferlegen kann« (BMASK 2012a, 3). Nachfolgend werden die für die vorliegende Evaluation zentralen Aspekte der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen kurz dargestellt und auf ihre bisherige Umsetzung bzw. Umsetzungsempfehlungen eingegangen.

AUTONOMIE, ENTSCHEIDUNGSFREIHEIT UND TEILHABE (ART. 3)

In Artikel 3 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen wird die Wichtigkeit der individuellen Autonomie und Unabhängigkeit von Menschen mit Behinderung, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, hervorgehoben. Zudem wird die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit hervorgehoben. Vertreter der ÖAR⁶⁸ (2010, 10) geben in ihrem Bericht anlässlich des ersten Staatenberichtsverfahrens zu bedenken, dass in Österreich der notwendige Paradigmenwechsel vom medizinischen zum sozialen Modell von Behinderung bislang nicht erfolgt ist, ebenso wenig wie jener weg vom Fürsorgegedanken hin zum Menschenrechtsansatz. Des Weiteren sei ein selbstbestimmtes Leben für Menschen mit Behinderung derzeit nicht möglich. Besonders Menschen mit psychischer Beeinträchtigung stehen häufig unter Sachwalterchaft. Diese Fremdbestimmung steht in einem letztlich unauflösbaren Spannungsverhältnis zum »Menschenrecht auf Selbstbestimmung« (Monitoringausschuss 2012, 2). Diese Schiefelage zeigt sich auch in den Handlungsempfehlungen des UN-Behindertenrechtsausschusses im Rahmen der Staatenprüfung Österreichs (2013, 5), in denen das Komitee empfiehlt, die fremdbestimmte Entscheidungsfindung durch eine unterstützte, selbstbestimmte Entscheidungsfindung zu ersetzen. Auch das Land Niederösterreich hat dieses Ziel anerkannt, und so heißt es im NÖ Sozialbericht von 2012:

» Grundgedanke der Hilfe für Menschen mit Behinderung oder psychischen Beeinträchtigungen ist die ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘, d.h. der Mensch soll jene Hilfen erhalten, die er braucht, um möglichst unabhängig und selbstbestimmt leben zu können. «

(Amt der NÖ Landesregierung 2012, 67)

68 Die Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ist der Dachverband der Behindertenverbände in Österreich.

UNABHÄNGIGE LEBENSFÜHRUNG UND EINBEZIEHUNG IN DIE GEMEINSCHAFT (ART. 19)

Artikel 19 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen beschäftigt sich mit der Lebensführung behinderter Menschen. Die Vertragsstaaten haben sich verpflichtet zu »gewährleisten, dass:

- a) Menschen mit Behinderung gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben;
- b) Menschen mit Behinderung Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist;
- c) gemeindenahe Dienstleistungen und Einrichtungen für die Allgemeinheit Menschen mit Behinderung auf der Grundlage der Gleichberechtigung zur Verfügung stehen und ihren Bedürfnissen Rechnung tragen.« (UN-Konvention, BGBl. III 155/2008, Art. 19)

Zur Sicherstellung einer unabhängigen Lebensführung und zur Verbesserung der sozialen Teilhabe werden in Österreich pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige im Rahmen der Langzeitpflege mittels direkter Geldleistungen (Pflegegeld) und einem Angebot an sozialen Dienstleistungen (etwa durch Psychosoziale Dienste) unterstützt und entlastet. »Langzeitpflege soll nach Ansicht des BMASK⁶⁹ **für alle Betroffenen leistbar sein** und darf nicht zu finanzieller Abhängigkeit und Armut führen« (BMASK 2010, 27). Mit diesen Maßnahmen soll sichergestellt werden, dass ein selbstbestimmtes Leben gefördert wird und die Betroffenen in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können (vgl. BMASK 2010, 28).

De facto haben Menschen mit schweren Behinderungen allerdings aufgrund mangelnder finanzieller Unterstützung

» [...] idR keine Chance, selbst zu entscheiden, wo und mit wem sie leben möchten. Der Bedarf an gemeindenahen Wohnformen und Kurzzeitbetreuung ist deutlich höher als das Angebot. Meist ist die **Unterbringung in Heimen** (z.T. auch in Alters- und Pflegeheimen) und damit eine Betreuung nach traditionellem Muster die einzige Möglichkeit. (ÖAR 2010, 72)

121

Diese Strukturen sollen jedoch aufgebrochen werden und so ist eine der Zielsetzungen im NAP:

» Im Bereich **des Wohnens ist ein umfassendes Programm der De-Institutionalisierung** in allen neun Bundesländern notwendig. Dabei müssen Großeinrichtungen abgebaut und gleichzeitig Unterstützungsleistungen geschaffen werden, die auch für Menschen mit einem hohen Unterstützungsbedarf ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung ermöglichen. Grundsatz muss dabei sein, dass die betroffenen Menschen die für sie passende Wohnform und die für sie notwendige Unterstützungsleistungen **auswählen** können. (BMASK 2012a, 72)

Auch das Komitee der UNO empfiehlt, »dass die Bundesregierung und die Landesregierungen größere Anstrengungen für die De-Institutionalisierung unternehmen und es Menschen mit Behinderungen ermöglichen, zu wählen, wo sie leben wollen« (UN-Behindertenrechtsausschuss 2013, 6). Dieser Punkt ist daher für diese Evaluation von großer Bedeutung, fällt doch ein Gutteil der Leistungen in diesem Bereich (Pflegeheime, betreute Wohnformen und soziale Dienste) in die Kompetenz der Länder. Damit obliegt es der Regierung des Landes Niederösterreich, die De-Institutionalisierung voranzutreiben, die Inklusion zu fördern und Menschen mit Behinderungen die Selbstbestimmung über ihre Wohnform zu ermöglichen.

69 BMASK: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

ARBEIT UND BESCHÄFTIGUNG (ART. 27)

Artikel 27 der UN-Konvention widmet sich den Themen Arbeit und Beschäftigung, konkret dem gleichen Recht

» » [...] von Menschen mit Behinderungen auf Arbeit; dies beinhaltet das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, integrativen und für Menschen mit Behinderung zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird. « « (UN-Konvention, BGBl. III 155/2008, Art. 27, Abs. 1)

Dabei müssen geeignete Schritte unternommen werden, um die Unterstützung bei der Arbeitssuche, beim Erhalt und der Beibehaltung eines Arbeitsplatzes und beim beruflichen Wiedereinstieg zu fördern. (UN-Konvention, BGBl. III 155/2008, Art. 27, Abs. 1, Lit. e)

Das arbeitsmarktpolitische Behinderungsprogramm BABE (Behinderung-Ausbildung-Beschäftigung) setzt sich die nachhaltige Förderung von Menschen mit Behinderung am Arbeitsmarkt im Zeichen der Inklusion als übergeordnetes Ziel.

» » In kooperativer Weise sollen alle Anstrengungen gebündelt werden, Menschen mit Behinderung einen selbstverständlichen Platz in unserer Gesellschaft zu geben und ihre gleichberechtigte Teilhabe auch am Arbeitsmarkt zu gewährleisten. « « (BMASK 2013, 5)

Tatsächlich sind Menschen mit Behinderungen trotz gesetzlicher Maßnahmen (z.B. Behinderteneinstellungsgesetz) und diverser Förderangebote (Individualförderungen, Arbeitsassistent, Job Coaching etc.) im Zugang zum regulären Arbeitsmarkt nach wie vor stark benachteiligt (vgl. ÖAR 2010, 120; BMASK 2013, 13-32). Durch die länderweise unterschiedliche Datenerfassung (bedingt durch unterschiedliche Definitionen von Behinderung) können derzeit keine empirisch gesicherten Aussagen über die Treffsicherheit der Unterstützungssysteme getätigt werden (vgl. ÖAR 2013).

122

Rund 20.000 Menschen mit Behinderungen sind in Österreich gegenwärtig in Tages- und Beschäftigungsstrukturen (Beschäftigungstherapie, geschützte Werkstätten oder Fähigkeitsorientierter Aktivität o.ä.) tätig (vgl. Koenig 2009, 48). Diese Tätigkeiten zählen allerdings nicht als Erwerbsarbeit, und damit sind die so Beschäftigten von Teilen der klassischen Sozialversicherung ausgeschlossen und erhalten anstelle eines Gehalts ein (meist sehr geringes) Taschengeld (vgl. ÖAR 2010, 122f.). Der UN-Behindertenrechtsausschuss zeigte sich in der Staatenprüfung besorgt über die hohe Anzahl von Personen, die in Behindertenwerkstätten außerhalb des offenen Arbeitsmarktes beschäftigt sind, und dass es die Mehrheit der ArbeitgeberInnen (78%) vorzieht, eine Strafe zu bezahlen, anstatt die Quotenanforderungen zu erfüllen⁷⁰. Das Komitee empfiehlt daher, weitere Anstrengungen zu unternehmen, um Menschen mit Behinderungen im offenen Arbeitsmarkt zu beschäftigen (UN-Behindertenrechtsausschuss 2013, 8f.). Für die vorliegende Evaluierung sind diese Empfehlungen gewiss mitzudenken, um die Bereiche Arbeitsassistent, Job Coaching, Berufsausbildungsassistent (BAS), Beschäftigung und Berufsorientierung (BBO), Arbeitstrainingszentren sowie Tagesstrukturen im Lichte dieser Rahmenbedingungen zu erfassen und Empfehlungen zur (Weiter-)Entwicklung zu geben.

GEMEINDENÄHE/GEMEINDENAHE UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE BZW. VERSORGUNG

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen verbrieft verschiedenste Rechte und somit das »Was« der Ansprüche auf verschiedene Unterstützungen/Leistungen. Neben dem »Was« ist natürlich das »Wie« ein entscheidender Punkt in der Umsetzung dieser Leistungen. Laut UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sind sämtliche Leistungen »gemeindenah« bzw. mittels »gemeindenaher Unterstützungsdienste« (vgl. z.B. Art. 19, 25) zu erbringen. Diese Gemeindenähe/gemeindenahen Unterstützungsangebote bzw. Versorgungen entsprechen dem Grundsatz »mobil/ambulant vor stationär« und stellt somit den Rahmen der Erbringung von sozialpsychiatrischen/psychosozialen Leistungen dar.

⁷⁰ Nach dem Behinderteneinstellungsgesetz muss jeder Betrieb, der mehr als 25 DienstnehmerInnen beschäftigt, auf je 25 DienstnehmerInnen mindestens einen begünstigten Behinderten einstellen (vgl. Behinderteneinstellungsgesetz BGBl. Nr.22/1970, §1 Art. 1). Erfolgt diese Einstellung nicht, muss der Betrieb eine »Ausgleichstaxe« in der Höhe von monatlich Euro 232,00 pro Person leisten (vgl. Faktori 2014).

GESETZLICHE BESTIMMUNGEN IN NIEDERÖSTERREICH

Die rechtlichen Grundlagen für die psychosoziale Versorgung des Landes Niederösterreich fallen, je nach Leistung, in das Gesundheits- oder Sozialsystem. Damit einhergehend liegen Gesetzgebung und Vollziehung beim Bund oder beim Land.

GESETZLICHE GRUNDLAGEN IM GESUNDHEITSSYSTEM

In Österreich sind Zuständigkeiten und Gesetzgebung im Gesundheitswesen zwischen Bund und Ländern aufgeteilt. Durch die Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens soll eine

» [...] gemeinsame integrierte und sektorenübergreifende Planung und Steuerung im Gesundheitswesen« erreicht werden. Ferner sollen »die notwendigen Schritte gesetzt werden, um eine sektorenübergreifende Finanzierung aufzubauen.«
(Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG 2013, Präambel)

Die verbindliche Rahmenplanung für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur erfolgt im »Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2012)«. Der ÖSG bildet zudem die Grundlage für Detailplanungen auf regionaler Ebene, die im »Regionalen Strukturplan Gesundheit« (in diesem Fall RSG NÖ 2015) abgebildet werden (vgl. ÖSG 2012). Diese Vereinbarung und die daraus resultierenden Strukturpläne stellen somit eine zentrale Rechtsgrundlage für die Planung der psychiatrischen Versorgung in Niederösterreich dar (vgl. LRH 2012, 4). Die Wahrnehmung der Aufgaben, die aus der Vereinbarung resultieren, wurde dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) übertragen. »Zweck des NÖGUS war die aufeinander abgestimmte Planung, Steuerung, Finanzierung und Qualitätssicherung des Gesundheits- und des damit unmittelbar im Zusammenhang stehenden Sozialwesens in Niederösterreich« (vgl. LRH 2012, 4).

Grundsätzlich fallen alle Bereiche, die dem Sozialversicherungswesen unterliegen (also wesentliche Bestimmungen für den Versicherungsfall Krankheit sowie die Anstaltspflege) in Gesetzgebung und Vollziehung in die Kompetenz des Bundes und sind in den Sozialversicherungsgesetzen geregelt. Ebenso obliegt die Grundsatzgesetzgebung für Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) dem Bund, wiewohl die Erlassung von Ausführungsgesetzen und deren Vollziehung Ländersache ist. Darunter fallen die Errichtung und der Betrieb von Krankenanstalten und damit auch von psychiatrischen Abteilungen. Bestimmungen dazu finden sich auf Bundesebene im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) und auf Landesebene im Niederösterreichischen Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG) (vgl. LRH 2012, 4).

GESETZLICHE GRUNDLAGEN IM SOZIALSYSTEM

Im Sozialsystem ist Gesetzgebung und Vollziehung Ländersache⁷¹ und in Niederösterreich im NÖ Sozialhilfegesetz 2000 (NÖ SHG) geregelt. Zielgruppe des NÖ SHG sind unter anderem Menschen mit besonderen Bedürfnissen.

» Menschen mit besonderen Bedürfnissen sind Personen, die auf Grund einer wesentlichen körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigung oder einer Beeinträchtigung der Sinne nicht in der Lage sind, aus eigener Kraft zu einer selbständigen Lebensführung zu gelangen oder diese beizubehalten.«
(NÖ SHG 2000, LGBl. 9200-11, § 24, Abs. 1)

Für den in der Evaluierung behandelten Bereich der sozialpsychiatrischen/psychosozialen Versorgung finden sich im SHG 2000 grundlegende Bestimmungen, beispielsweise zu stationärer Pflege, sozialen Diensten (ambulanz, teilstationär und stationär), Heilbehandlungen, Hilfsmittel, Hilfe zur beruflichen Eingliederung, Hilfe durch geschützte Arbeit, Hilfe zur sozialen Eingliederung, Hilfe durch soziale Betreuung und Pflege sowie persönliche Hilfe (vgl. NÖ SHG 2000, LGBl. 9200-11). Eine Besonderheit der Leistungen aus dem Sozialsystem ist, dass eigene Mittel der HilfeempfängerInnen sowie deren verwertbares Eigentum zur Kostendeckung herangezogen werden. Ferner sind die Erben der/des Hilfeempfängerin/Hilfeempfängers und unterhaltspflichtige Angehörige zu Kostenersatz verpflichtet (vgl. NÖ SHG 2000, 15f.).

⁷¹ Eine Ausnahme bilden hier die Regelungen zum Pflegegeld. Bis 2012 war hier die Vollziehung in Landespflegegesetzen geregelt, nunmehr wird das Pflegegeld ausschließlich im Bundespflegegeldgesetz geregelt und von der Pensionsversicherungsanstalt vollzogen (vgl. Pensionsversicherungsanstalt 2012).

Nähere Ausführungen finden sich in den an das Sozialhilfegesetz anschließenden Verordnungen. So ist etwa in der NÖ Wohn- und Tagesbetreuungsverordnung aus 2006 (LGBl. 9200/8-0) der Betrieb von teilstationären und stationären Einrichtungen für Menschen mit besonderen Bedürfnissen geregelt. Die NÖ Pflegeheim Verordnung (LGBl. 9200/7-1) ist die rechtliche Grundlage für die Gestaltung und den Betrieb von Betreuungsstationen und Betreuungszentren.

GRUNDRECHTE-CHARTA DER EUROPÄISCHEN UNION

Die EU-Grundrechte-Charta trat am 01.12.2009 mit dem Vertrag von Lissabon in Kraft. Am 14.03.2012 hat der VfGH eine richtungsweisende Entscheidung für Verfahren, in denen Unionsrecht eine Rolle spielt, gefällt (E des VfGH – U 466/11-18; U 1836/11-13):

» In Verfahren, in denen Unionsrecht eine Rolle spielt, ist die EU-Grundrechte-Charta wie die Verfassung zu sehen. Grundrechte, die durch diese EU-Charta garantiert sind, sind also verfassungsgesetzlich gewährleistete Rechte, die vor dem Verfassungsgerichtshof geltend gemacht werden können. Neben der Verfassung und der Europäischen Menschenrechtskonvention ist ab sofort auch die EU-Grundrechte-Charta Prüfungsmaßstab für die VerfassungsrichterInnen. Behörden, die Entscheidungen treffen sowie verordnungserlassende Stellen und der Gesetzgeber haben die EU-Grundrechte-Charta gleichsam als Teil der Verfassung zu berücksichtigen. «

Die Konsequenzen dieser Entscheidung sind wie folgt:

- a) In Beschwerden und Anträgen an den VfGH, in denen Unionsrecht eine Rolle spielt, kann vorgebracht werden, dass die EU-Grundrechte-Charta verletzt worden ist.
- b) Verletzt eine Entscheidung einer Behörde Rechte, die von der EU-Grundrechte-Charta garantiert werden, wird der Verfassungsgerichtshof eine solche Entscheidung als verfassungswidrig aufheben.
- c) Kommt der Verfassungsgerichtshof nach einem entsprechenden Verfahren zur Ansicht, dass ein Gesetz in Widerspruch zur EU-Grundrechte-Charta steht, wird er das Gesetz als verfassungswidrig aufheben.
- d) Der VfGH wird diese Entscheidungen dann ohne vorherige Befassung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) treffen, wenn er zweifelsfrei dazu in der Lage ist. Wenn er Zweifel an der Art und Weise der Auslegung der EU-Grundrechte-Charta hat, wird der VfGH dem EuGH Fragen zur Klärung dieser Zweifel vorlegen.

Dieser »Meilenstein in der Entwicklung der Grundrechts-Judikatur« ist v. a. bezüglich des Artikels 26 – Integration von Menschen mit Behinderungen – von Belang, der wie folgt normiert ist:

» Die Union anerkennt und achtet den Anspruch von Menschen mit Behinderung auf Maßnahmen zur Gewährleistung ihrer Eigenständigkeit, ihrer sozialen und beruflichen Eingliederung und ihrer Teilnahme am Leben der Gemeinschaft. «

Mikroebene	Mesoebene	Makroebene
<p>»Peer an sich«:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die beschäftigten Peers erfahren Anerkennung, Sinnstiftung und steigern dadurch ihr Wohlbefinden und ihre Lebensqualität; dies steigert auch die Resilienz auf der Seite der Peers. Stärkung des Selbstbewusstseins, des Selbstbildes des einzelnen Peers. Betroffene haben durch Peer-Support die Möglichkeit Arbeit auf dem Ersten Arbeitsmarkt zu bekommen. <p>»Peer und KlientIn«:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bessere Beratung durch einen gemeinsamen Erfahrungshintergrund. Klienten fühlen sich von Peer-Beratern besser verstanden. Peers tun sich meist leichter bei der Kontaktaufnahme. Peers können für die Lage der Betroffenen oftmals mehr Verständnis (Empathie) aufbringen. Peers vermitteln ein positives Rollenmodell und eine optimistische Grundhaltung. <p>»Peer im Team und für das Team«:</p> <ul style="list-style-type: none"> Peers als (gleichberechtigte) Kollegen bieten für »professionelle« Mitarbeiter vermehrt Lerngelegenheiten und erhöhen die Akzeptanz. 	<p>(Träger-)Organisation:</p> <ul style="list-style-type: none"> Der Einsatz von Peers stellt ein Qualitätskriterium für die jeweilige Organisation bzw. Trägerorganisation dar. Die Organisation kann den schwer erreichbaren Teil des Klientels durch Peers besser erreichen. Repräsentationsfunktion: Peers können Betroffene in ihren Anliegen vertreten und die Perspektive dieser einbringen. Studien belegen einen zumindest gleichwertigen Outcome im Vergleich zur Regelversorgung. Peers können auf »blinde Flecken« in der Organisation aufmerksam machen. 	<p>Gesellschaftliche Teilhabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> Peer-Support ist ein Mittel zur Umsetzung gesellschaftlicher Forderung nach Empowerment, mehr Autonomie und mehr Teilhabe. Die Stärkung des Selbstbildes verbessert auch die Wahrnehmung der Betroffenen seitens der Gesellschaft und ein positiveres Fremdbild, fördert Entstigmatisierung, unterstützt Dialoge. <p>volkswirtschaftliche Kosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> Volkswirtschaftlicher Vorteil z. B. durch Schaffung von Arbeitsplätzen am »Ersten Arbeitsmarkt« und die damit verbundenen Steuern und Sozialversicherungsabgaben

Tabelle 49: Überblick über die Vorteile von Peer-Support
bereits veröffentlicht in Peer-Center – Psychosozialer Betroffenenverein 2013, 12

Qualität

Folgende Leitprinzipien können als konkrete Orientierungspunkte empfohlen werden (vgl. Amt der OÖ Landesregierung 2011, 31f.):

BEDÜRFNISORIENTIERUNG

Das Leistungsangebot für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen muss sich an den Bedürfnissen der betroffenen Menschen orientieren. Dabei ist die Deckung der persönlichen Grundbedürfnisse sicherzustellen, worunter sowohl aus der durchschnittlichen Lebensqualität abgeleitete Bedürfnisse, als auch spezielle Bedürfnisse (insbesondere Sicherheit und Schutz, Geborgenheit und Distanz, Beständigkeit und Vertrautheit, Kontakt und Kommunikation) zu verstehen sind.

SELBSTBESTIMMUNG UND INDIVIDUALITÄT

Die Planung von Angeboten und die Betreuungsleistung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen müssen so erfolgen, dass im Sinne der Berücksichtigung der Menschenwürde als zentraler humanistischer Wert die Selbstbestimmung und Individualität der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gewährleistet und gefördert wird.

PARTIZIPATION

Voraussetzung für eine nicht-diskriminierende Lebensführung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist eine Einbeziehung ihrer individuellen Wünsche und Bedürfnisse. Die Möglichkeit der Partizipation muss gegeben sein und ist durch gezielte Maßnahmen zu fördern. Konzepte für neue Angebote sollen daher unter Einbeziehung der KundInnen und der AngehörigenvertreterInnen erstellt werden.

INTEGRATION IN DIE SOZIALE UMWELT

Die Teilnahme von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen am gesellschaftlichen Leben ist so weit als möglich zu fördern. Maßnahmen gegen Stigmatisierung sowie das Verständnis der Bevölkerung für die Situation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind zu fördern. Soziale Integration und Akzeptanz ist dabei anzustreben.

GEMEINDENÄHE UND REGIONALISIERUNG

Die Angebote im Bereich der Vorsorge für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen haben dem Prinzip der Gemeindenähe zu entsprechen. Sie sind so zu strukturieren, dass diese Menschen unter Berücksichtigung der Wahlfreiheit nach Möglichkeit in ihrem sozialen Umfeld verbleiben und bestehende Beziehungen aufrechterhalten können.

NORMALITÄTSPRINZIP

Die Angebote für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind so zu gestalten, dass ein Leben so »normal« wie möglich geführt werden kann, und dass es sich in den Alltagsbedingungen und Lebensvollzügen nicht von den gesellschaftlich anerkannten Lebensweisen anderer BürgerInnen unterscheidet. Normalisierende Unterstützungen betreffen insbesondere die Bereiche Wohnen, Arbeit, Freizeit, Bildung und Kommunikation.

VERNETZUNG

Durch die Vernetzung aller psychosozialen Unterstützungen sind wirkungsvolle und effiziente Problemlösungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu ermöglichen.

HILFE ZUR SELBSTHILFE

Die Betreuung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist auf Unterstützung zur Selbsthilfe auszurichten. Die Wiedererlangung der Selbständigkeit (z. B. durch Rehabilitation) und individuelle Fähigkeiten sind zu fördern. Formen der Selbsthilfe (z. B. Selbsthilfegruppen) sind anzuregen und in ihren Anliegen zu fördern.

PRÄVENTION

Psychosoziale Leistungsangebote haben vorbeugende Maßnahmen mit einzuschließen. Eine Verhinderung des Entstehens oder Verminderung von psychosozialen Beeinträchtigungen ist dadurch anzustreben.

WAHLMÖGLICHKEIT

Grundsätzlich sollen sich Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sowie deren Angehörige frei entscheiden können, welche angebotenen und bedarfsgerechten Leistungen sie von wem in Anspruch nehmen wollen. Entsprechend dieser Wahlmöglichkeit sollen innerhalb der finanzierbaren Möglichkeiten möglichst vielfältige und variable Angebote zur Verfügung stehen.

WIRTSCHAFTLICHKEIT, ZWECKMÄSSIGKEIT UND SPARSAMKEIT

Einrichtungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Sparsamkeit zu führen. Die Einführung eines landesweit einheitlichen, wirtschaftlichen und fachlichen Controllings für die Einrichtungen und Dienste zur Vorsorge für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist anzustreben (vgl. Psychiatrieweiterentwicklungsplan PWP für OÖ, 2002, zitiert nach Amt der OÖ Landesregierung 2011, 31f.).

126

Qualitätssicherung

Die Festlegung von Qualitätsdimensionen bedeutet noch nicht, dass Qualität im sozialpsychiatrischen/ psychosozialen Alltag stattfindet. Gemäß Art 7 leg cit zum Thema »Qualitätssicherung im Gesundheitswesen« wird folgendes festgehalten:

» Die Arbeiten zum Aufbau, zur Weiterentwicklung, zur Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems haben bundeseinheitlich bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend, insbesondere auch einschließlich des niedergelassenen Bereichs, zu erfolgen. [...] Sämtliche Festlegungen zum Qualitätssystem haben jedenfalls auch den Anforderungen der Zielsteuerung-Gesundheit und insbesondere dem darin vorgesehenen Monitoring zu entsprechen. Qualitätsarbeit hat auch einen wesentlichen Beitrag zur mittel- bis langfristigen Steigerung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen zu leisten. «

Zur Qualitätsdebatte muss hier angemerkt werden, dass sich das Gesundheitswesen und der Sozialbereich sowohl von den Finanzierungslogiken als auch den Leistungsspektren her unterscheidet. Die Brücke zwischen diesen beiden Systemen ist der Mensch – der sich einmal in einen und ein andermal im anderen System aufhält sowie manchmal hin und her wechselt. Demzufolge ist es wichtig, die gesamte »Versorgung für den Menschen« im Auge zu behalten. Dazu bedarf es neben politischer, administrativer und planerischer Grundgedanken einer fundierten wissenschaftlichen Forschung – u. a. der Versorgungsforschung.

» Die Versorgungsforschung sollte als oberstes Ziel die Verbesserung der Versorgungsqualität anstreben. Dafür ist es notwendig, die bisherige Versorgungsqualität zu beschreiben und zu bewerten sowie Qualitätsdefizite und Fehler aufzudecken. Neben der Identifizierung von Fehlern und Risiken kommt auch hier der Entwicklung von Lösungswegen für die Fehlervermeidung und zur Erhöhung der Patientensicherheit eine große Bedeutung zu. Diese Bestrebungen müssen sich sowohl auf den ambulanten, den stationären als auch auf den rehabilitativen und pflegerischen Sektor beziehen [...].
(Bormann 2007, 17)

12 Qualitätsindikatoren für den stationären Bereich nach Weibold (2009, 115):

- Wiederaufnahmerate innerhalb von 28 Tagen
- Aufnahme pro Patient
- Unterbringungsrate
- Unterbringungsrate am 1. Tag
- Fälle aus der Versorgungsregion
- Aufenthalte in der Herkunftsregion
- Aufenthalte je 10.000 Einwohner/Bezirk
- Verweildauer
- Kumulierte Verweildauer
- Fälle innerhalb, unter- bzw. oberhalb der Verweildauergrenze
- Auslastung
- Verlegungsrate

Probleme und Grenzen bei der Generierung von typischen Verläufen bei ausgewählten Krankheitsbildern

127

ZUR GENERIERUNG VON STEUERUNGSTRUMENTEN UND »RICHTIGER« BETREUUNG/BEGLEITUNG

Jede psychische Erkrankung hat ihre eigene Symptomatik und Verlaufsform, wobei natürlich (inter)individuelle Unterschiede zu berücksichtigen sind. Das bedeutet, dass stets diagnosespezifische Behandlungsmethoden indiziert sind. Hierfür wurden – z. B. von der DGPPN – Behandlungs- und Versorgungsleitlinien für verschiedene Diagnosen erstellt. An dieser Stelle soll der Fokus auf den Verlauf verschiedener psychischer Erkrankungen gelegt werden, da dies Hinweise für die »richtige« Betreuung/Begleitung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung gibt. Wie die folgenden Darstellungen zeigen werden, ist es in der Psychiatrie nur begrenzt möglich, konsistente »Typen« bzw. »typische Verläufe« zu generieren, da die Verläufe von Krankheiten stark voneinander abweichen (können).

UNIPOLARE DEPRESSION

Die unipolare Depression zeichnet sich in der Regel durch einen episodischen Verlauf aus. Eine durchschnittliche Episode dauert zwischen sechs und acht Monaten. Das bedeutet, dass depressive Episoden meist zeitlich begrenzt sind. Sie klingen in vielen Fällen auch ohne therapeutische Unterstützung wieder ab. Bei ca. 50 % der behandelten PatientInnen tritt nach drei bis sechs Monaten eine Remission ein. Bei einem Drittel ist lediglich mit einer partiellen Verbesserung zu rechnen. Ungefähr 15 bis 20 % leiden an einer chronifizierten Depression, bei der die Beschwerden über zwei Jahre andauern (vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2012, 55). Das bedeutet, dass es bei ca. 50 % der Betroffenen zu einer weiteren depressiven Episode kommt. »Die Wahrscheinlichkeit einer Wiedererkrankung erhöht sich nach zweimaliger Erkrankung auf 70 % und liegt nach der dritten Episode bei 90 %« (ebd., 56).

Der Verlauf einer Depression zeichnet sich durch große interindividuelle Unterschiede aus.

Es gibt folgende »Verlaufstypen«:

- Depressive Episode mit vollständiger Remission
- Remission mit Residualsymptomatik
- Rezidivierende Depression
- Dysthymie
- Depressive Episode mit vorangegangener Dysthymie
- Chronifizierte Depression

Die folgende Abbildung stellt die angegebenen Verlaufstypen grafisch dar:

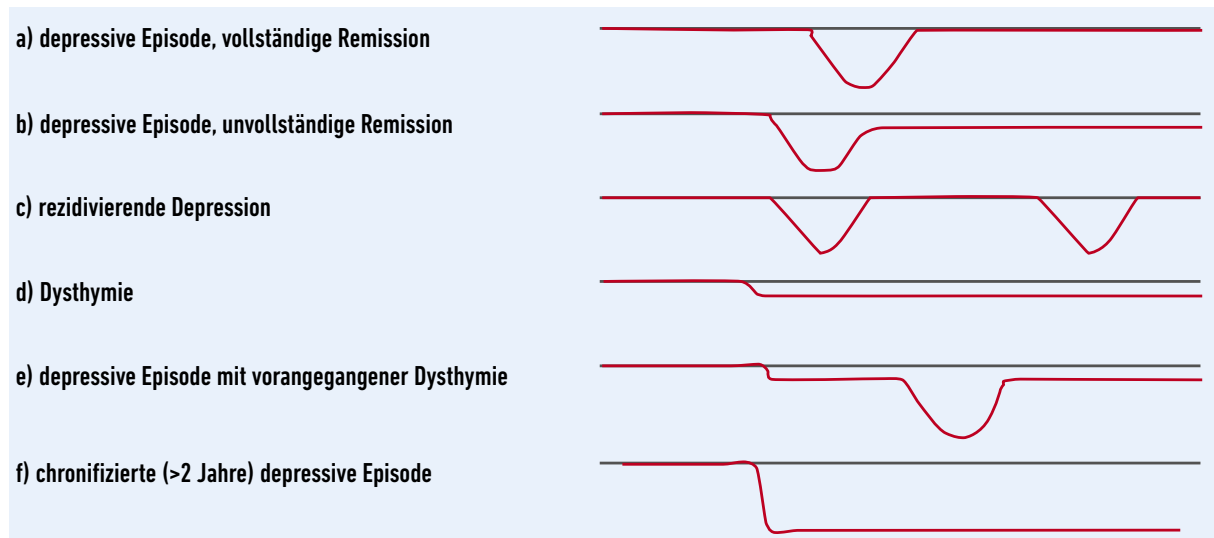


Abbildung 5: Verläufe unipolarer depressiver Störungen
(entnommen aus Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2012, 56)

128

Folgende Merkmale erhöhen das Risiko einer (weiteren) Erkrankung:

- Frühere Episoden
- Lange Episodendauer
- Kurze symptomfreie Phasen
- Unvollständige Remission
- Psychische oder somatische Komorbidität (Substanzmissbrauch, Persönlichkeits-, Angst- oder Essstörungen, andere chronische Krankheiten)
- Junges Alter bei Ersterkrankung
- Weibliches Geschlecht
- Familienstatus: ledig
- Mangelnde soziale Unterstützung
- Später Behandlungsbeginn

SCHIZOPHRENIE

Die Behandlungsleitlinie Schizophrenie (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2006) beschreibt den Verlauf der Schizophrenie wie folgt: Schizophrenie tritt in den meisten Fällen bereits in jungen Jahren – das heißt im Laufe der Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter – auf. Der Beginn der Krankheit kann plötzlich oder auch schleichend eintreten. Dem »vollen« Erscheinungsbild geht in einem Drittel der Fälle ein Vorstadium (Prodromalphase) voraus. Diese ist durch Störungen der Kognition, des Affekts und des sozialen Verhaltens gekennzeichnet. Damit einher geht oftmals ein sozialer Rückzug, eine beeinträchtigte Rollenfunktion, ein verringertes Ausmaß an Kommunikation, ungewöhnliche Ideen, verringertes Interesse und verringerte persönliche Energie und Initiativen. Nach der Prodromalphase

se, die unterschiedlich lang ausfallen kann, tritt der akute Krankheitsbeginn ein, der von psychotischen Symptomen geprägt ist. Bei ca. 20 % der Fälle kommt es danach zu einer vollständigen Remission. 5 bis 10 % entwickeln sich zu schweren Fällen. Beim Rest (70 bis 75 %) tritt eine Remission mit unterschiedlicher Ausprägung ein, wobei in vielen Fällen vor allem kognitive und soziale Beeinträchtigungen bestehen bleiben. Der Verlauf der Schizophrenie kann sehr unterschiedlich sein: Remission, phasisch-remittierend, episodenhaft mit Residuum, chronische Positivsymptomatik, persistierende Negativsymptomatik, psychosoziale Behinderung.

Obwohl Schizophrenie in allen Kulturkreisen vorkommt, ist zu beachten, dass kulturelle Unterschiede (z. B. im Wertesystem oder in der Weltanschauung) zu einer unterschiedlichen Ausprägung von Symptomen führen bzw. beitragen können.

Faktoren, die den Verlauf der Erkrankung ungünstig beeinflussen können, sind:

- ● Familiäre Vorbelastung, das heißt psychische Erkrankung in der Familie,
- männliches Geschlecht,
- lange Prodromalphase bzw. verzögerter Krankheitsbeginn,
- kognitive Dysfunktion, niedrige prämorbid Intelligenz (IQ) und Negativsymptomatik,
- prämorbid soziale Fehlanpassung, fehlende stabile Partnerschaft,
- psychosozialer Stress und ein belastendes familiäres Klima [...],
- Geburtskomplikationen sowie
- ethnischer Minderheitenstatus oder –ursprung (ebd., 26).

➤ Jenseits des Klimakteriums ist der Krankheitsverlauf bei Frauen deutlich ungünstiger als bei Männern (ebd., 25).

DEMENZ

Auch für die Erkrankung der Demenz gibt es eine Leitlinie (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2008). Die Demenz gilt als Hirnleistungsstörung, die verschiedene Ursachen haben kann und damit eine ätiologisch heterogene Krankheit (Alzheimer-Demenz, vaskuläre Demenz, andere Formen der Demenz) darstellt und im fortgeschrittenen Lebensalter auftritt. Demenz nimmt in der Regel einen fortschreitenden Verlauf – von einer leichten, über eine mittlere, bis zur schweren Demenz. Dabei sind verschiedene Fähigkeiten bzw. Dimensionen zu berücksichtigen: Schwächung des Erinnerungsvermögens, Einbußen in der kognitiven Leitungsfähigkeit, Schwierigkeiten mit der Sprache, sozialer Rückzug, Nachlassen der Urteilskraft, Schwierigkeiten bei der räumlichen Orientierung etc. Tabelle 50 zeigt zentrale Merkmale im Fortschreiten einer Demenz.

Schweregrad	Kognition/Tätigkeiten	Lebensführung	Störungen von Antrieb und Affekt
leicht	Komplizierte tägliche Aufgaben oder Freizeitbeschäftigungen können nicht (mehr) ausgeführt werden.	Die selbständige Lebensführung ist zwar eingeschränkt, ein unabhängiges Leben ist aber noch möglich.	<ul style="list-style-type: none"> ● Fehlende Spontanität ● Depression ● Antriebsmangel ● Reizbarkeit ● Stimmungslabilität
mittel	Nur einfache Tätigkeiten werden beibehalten; andere werden nicht mehr vollständig oder unangemessen ausgeführt.	Ein unabhängiges Leben ist nicht mehr möglich. Patienten sind auf fremde Hilfe angewiesen, eine selbständige Lebensführung ist aber noch teilweise möglich.	<ul style="list-style-type: none"> ● Unruhe ● Wutausbrüche ● aggressive Verhaltensweisen
schwer	Es können keine Gedankengänge mehr nachvollziehbar kommuniziert werden.	Die selbständige Lebensführung ist gänzlich aufgehoben.	<ul style="list-style-type: none"> ● Unruhe ● Nesteln ● Schreien ● Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus

Tabelle 50: Schweregrad der Demenz
Entnommen aus Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2008, 18

Der Verlauf der Demenz ist jedoch von Fall zu Fall unterschiedlich, da sie einerseits kontinuierlich verschlechternd, intermittierend oder stabil auftreten und in unterschiedlichen Dimensionen und Fähigkeiten unterschiedlich ausgeprägt sein bzw. sich unterschiedlich entwickeln kann. Eine differenzierte therapeutische Vorgehensweise ist daher indiziert.

Eine Demenz wird nur in wenigen Fällen im Vorfeld erkannt. »Allerdings weist ein Drittel aller Demenzpatienten bereits drei Jahre vor der Diagnosestellung kognitive Defizite auf« (ebd., 20). Des Weiteren werden viele Fälle von Demenz nicht oder nur spät erkannt (vgl. Bradford et al. 2009). Folgende Risikofaktoren der Demenz werden u. a. in der Literatur diskutiert⁷²:

- »
- Alter,
 - weibliches Geschlecht,
 - evtl. niedriges Körpergewicht bei weiblichen Patienten,
 - Demenz bei Verwandten ersten Grades,
 - vorangegangene Kopfverletzung (Schädel-Hirn-Trauma),
 - niedriges Bildungsniveau,
 - Abbau geistiger Leistungen (»mild cognitive impairment«),
 - bestimmte neurologische oder genetisch bedingte Erkrankungen (z. B. Morbus Parkinson, funikuläre Myelose, Down Syndrom), vorangegangener Schlaganfall, insbesondere in Kombination mit weiteren kardiovaskulären Risikofaktoren.

Zu den potentiell beeinflussbaren Risikofaktoren zählen: riskanter Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit und vaskuläres Risikoprofil (z. B. arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, Nikotinabusus, Diabetes mellitus etc.).

(ebd., 21)

«

PSYCHOSOZIALE THERAPIEN BEI SCHWEREN PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN

Die DGPPN entwickelte eine S3-Leitlinie für psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Darin werden Empfehlungen für die Behandlung mehrerer psychischer Erkrankungen gegeben. Begründet wird dies damit,

- »
- dass schwere Verlaufsformen oft zu ähnlichen psychosozialen Beeinträchtigungen und Einschränkungen in der Teilhabe am sozialen Leben führen und es häufig das Ausmaß dieser Beeinträchtigungen und weniger die konkrete medizinische Diagnose ist, welche die Gestaltung und Durchführung der psychosozialen Interventionen im psychosozialen Versorgungssystem bestimmt.
- (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2013, 4)
- «

Dies bedeutet natürlich nicht, dass Behandlungs- und Unterstützungsleistungen nicht an die individuellen Bedürfnisse angepasst werden müssen. Die Diagnose selbst tritt jedoch in der Gestaltung der Unterstützung/Betreuung – im Vergleich zu milderer Verlaufsformen – eher in den Hintergrund, vor allem was die Durchführung psychosozialer Interventionen betrifft.

APROPOS EXKLUSION UND INKLUSION:

Abschließend sei an dieser Stelle noch ein wichtiger Autor genannt, der als einer der »Wegbereiter« zu den Themen »Exklusion und Inklusion« angesehen werden kann – und zwar Castel. Um den Weg aus der Exklusion hin zur Inklusion zu fördern, hat Castel (2008, 69ff.) folgende drei Forderungen aufgestellt:

1. Der Kampf gegen den Ausschluss/die Exklusion sollte in präventiver Form geführt werden.
2. Es bedarf einer Politik der Eingliederung/Inklusion und Lösung an der Wurzel der Probleme.
3. Probleme werden an den Rand der Gesellschaft geschoben, entstehen aber in ihrem Zentrum.

⁷² Die Diskussion um die relevanten Risiko- und Schutzfaktoren bei Demenz ist umfassend. Für einen Überblick über verschiedene Einflussfaktoren siehe z. B. Qui et al. (2010) oder Middleton und Yaffe (2009).

Tabellenteil

Bezirk	EinwohnerInnen 2012	Fläche	EW/ km ²	Anteil <15 Jahre (%)	Anteil 16-65 Jahre (%)	Anteil >65 Jahre (%)	Arbeits- losenquote (%) ⁷³
Mitte	Krems a.d. Donau	24.047	51,70	465	12,4	67,0	20,6
	Krems Land	55.871	922,93	61	14,5	66,5	19,0
	Tulln	71.058	657,82	108	14,6	68,0	17,4
	Wien Umgebung ⁷⁵	54.793	241,53	227	15,8	65,6	18,7
	NÖ Mitte Nord	205.769	1.873,98	110	14,5	66,2	18,4
	Lilienfeld	26.373	932,15	28	14,1	64,5	21,5
	St. Pölten	51.932	108,44	479	14,3	66,4	19,3
	St. Pölten Land	96.579	1.122,57	86	15,2	67,0	17,8
	NÖ Mitte Süd	174.884	2.163,16	81	14,8	66,4	18,8
Waldv.	Waidhofen/Thaya	26.708	669,17	40	13,0	65,2	21,8
	Horn	31.386	783,72	40	13,4	65,2	21,3
	Gmünd	37.699	786,71	48	12,7	64,4	22,9
	Zwettl	43.643	1.399,12	31	14,3	66,0	19,7
Weinv.	Mistelbach	73.939	1.292,53	57	13,7	67,4	18,9
	Wien Umgebung	10.280	35,24	292	15,5	67,5	17,0
	Hollabrunn	50.284	1.010,76	50	13,4	66,6	19,9
	Korneuburg	75.342	626,83	120	14,9	67,4	17,7
Gänserndorf	95.878	1.272,03	75	14,5	67,6	18,0	
Thermenregion	Wien Umgebung	50.029	208,20	240	14,4	68,6	17,0
	Bruck a.d. Leitha	42.935	495,01	87	14,2	67,1	18,7
	Mödling	114.139	277,47	411	15,0	65,1	19,9
	Baden	138.686	753,64	184	15,0	67,2	17,8
	Sektor Thermenreg.	345.789	1734,32	199	14,8	66,7	18,5
	Wr. Neustadt	41.386	60,93	679	15,2	67,6	17,2
	Wr. Neustadt Land	75.040	972,33	77	14,8	66,7	18,5
	Neunkirchen	85.449	1.150,17	74	14,0	65,8	20,2
Sektor Bucklige Welt	201.875	2.183,43	92	14,5	66,5	19	
Mostv.	Scheibbs	40.985	1.023,65	40	16,2	66,0	17,8
	Melk	76.258	1014,28	75	15,4	67,0	17,6
	Amstetten	112.298	1.186,18	95	16,1	67,3	16,6
	Waidhofen/Ybbs	11.438	131,18	87	15,9	64,1	20,1
NÖ gesamt	1.614.455	19.186,26	84	14,7	66,6	18,7	
Österreich gesamt	8.426.311	83.878,99	100	14,6	67,6	17,8	

Tabelle 51: Sozialstruktur der Bezirke Niederösterreichs nach Gesundheitsversorgungsregionen

EinwohnerInnenzahl aus 2012

Altersverteilung Registerzählung aus 2011 (Statistik Austria 2014)

Arbeitslosenquoten aus 2012 (AMS 2014)

73 Arbeitslosenquote: Arbeitslose in % vom Arbeitskräftepotential (= Arbeitslose + unselbständig Beschäftigte) (vgl. AMS 2014).

74 Einige Arbeitsmarktbezirke lt. AMS (2014) umfassen zwei politische Bezirke: Krems und Krems Land, Tulln und der angrenzende Teil von Wien Umgebung, St. Pölten und St. Pölten Land, Mistelbach und der angrenzende Teil von Wien Umgebung, Wiener Neustadt und Wiener Neustadt Land.

75 Aufgrund seiner geographischen Besonderheit, liegen Teile des Bezirks Wien Umgebung in der Versorgungsregion Weinviertel (Gerasdorf), Teile in der Thermenregion (Ebergassing, Fischamend, Gramatneusiedl, Himberg, Klein-Neusiedl, Lanzendorf, Leopoldsdorf, Maria-Lanzendorf, Moosbrunn, Rauchenwarth, Schwadorf, Schwechat, Zwölfaxing) und Teile in NÖ Mitte (Gablitz, Klosterneuburg, Mauerbach, Pressbaum, Purkersdorf, Tullnerbach, Wolfsgraben).

Diagnose	Anzahl Aufenthalte gesamt	Anzahl Pat.gesamt	Wiederaufnahmen innerhalb von 14 Tagen in Niederösterreich						Wiederaufnahmen innerhalb 1 Jahres in Niederösterreich					
			mit psych- iatrischer Hauptdiagnose im Folgemonat		mit gleichem ICD10-3-Steller im Folgeauf- enthalt wie bei Erstaufenthalt		mit gleicher Hauptdiagnose im Folgemonat wie bei Erstauf- enthalt		mit psychiatrischer Hauptdiagnose im Folgemonat		mit gleichem ICD10-3-Steller im Folgeauf- enthalt wie bei Erstaufenthalt		mit gleicher Hauptdiagnose im Folgemonat wie bei Erstauf- enthalt	
			Vollstat. Patient.	Teilstat. Patient.	Vollstat. Patient.	Teilstat. Patient.	Vollstat. Patient.	Teilstat. Patient.	Vollstat. Patient.	Teilstat. Patient.	Vollstat. Patient.	Teilstat. Patient.	Vollstat. Patient.	Teilstat. Patient.
F00-F03 Demenz	1.542	1.398	81	24	53	24	44	24	231	24	138	24	122	24
F04-F09 Restliche organische, einschließlich symptomatischer psychi- scher Störungen	545	393	75	69	58	68	55	68	118	78	88	77	83	77
F0 Organische, einschließ- lich symptomatischer psychischer Störungen (gesamt)	2.087	1.791	156	93	111	92	99	92	349	102	226	101	205	101
F10 Psy. Verhaltensstörun- gen durch Alkohol	2.601	2.136	324	5	286	4	193	4	857	7	718	6	479	5
F11-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	933	828	55	2	23	1	21	0	295	2	185	1	171	0
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (gesamt)	3.534	2.964	379	7	309	5	214	4	1.152	9	903	7	650	5
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	2.141	1.503	355	153	272	134	221	125	890	178	696	151	568	139
F3 affektive Störungen	4.793	3.998	428	502	285	422	194	371	1.190	570	678	464	409	398
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	3.471	3.064	258	199	153	165	126	160	678	219	351	177	282	168
F5 Verhaltensauffällig- keiten mit körp. Störungen und Faktoren	251	215	31	8	22	8	14	8	65	10	40	10	30	8
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1.024	685	181	84	127	69	123	67	418	94	269	74	260	72
F7 Intelligenzminderung	154	92	56	0	48	0	47	0	82	0	64	0	60	0
Gesamt	17.455	14.312	1.844	1.046	1.327	895	1.038	827	4.824	1.182	3.227	984	2.464	891

Tabelle 52: Wiederaufnahmezahlen 2012 in den LKNOE
Daten aus Abfrage NÖ Landeskliniken-Holding

Personal 2014 in VZÄ	Personalstand
ÄrztInnen mit leitender Funktion	10,50
FachärztInnen	54,75
ÄrztInnen in Ausbildung zum Facharzt	45,20
AllgemeinmedizinerInnen	5,76
ÄrztInnen in Ausbildung zur/zum AllgemeinmedizinerIn	7,88
Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege	378,74
Pflegehilfe und Sanitätshilfsdienst	60,81
PsychologInnen (inkl. FachausbildungskandidatInnen)	26,93
PsychotherapeutInnen	10,73
PhysiotherapeutInnen	7,63
ErgoherapeutInnen	20,97
sonstige TherapeutInnen	13,54
SozialarbeiterInnen	16,27
Gesamt	659,71

Tabelle 53: Personalausstattung der Landeskliniken mit einer Abteilung für Erwachsenenpsychiatrie und stationäre Psychotherapie 2014
 Daten aus Abfrage NÖ Landeskliniken-Holding

In nachfolgenden Tabellen (Nr. 54 – 64) kann es gegenüber dem Fließtext geringfügige Abweichungen geben, die durch laufende Aktualisierungen im LKF System/Abrechnung entstehen können.

Aufenthalte mit psychiatrischer Hauptdiagnose									
Landeskrankenhaus	2011			2012			2013		
	Entlassungen	Belagstage	Pflege tage	Entlassungen	Belagstage	Pflege tage	Entlassungen	Belagstage	Pflege tage
Landeskrankenhaus Amstetten	412	1.045	1.457	415	1.085	1.500	427	1.124	1.551
Landeskrankenhaus Baden-Mödling, Standort Baden	2.703	29.642	32.345	2.494	27.744	30.238	2.396	27.900	30.296
Landeskrankenhaus Baden-Mödling, Standort Hinterbrühl	496	8.807	9.303	501	7.787	8.288	495	8.357	8.852
Landeskrankenhaus Baden-Mödling, Standort Mödling	463	2.202	2.665	368	2.890	3.258	264	2.267	2.531
Landeskrankenhaus Gmünd-Waidhofen/Thaya-Zwettl, Standort Gmünd	174	1.429	1.603	161	1.110	1.271	146	933	1.079
Landeskrankenhaus Gmünd-Waidhofen/Thaya-Zwettl, Standort Waidhofen/Thaya	1.010	14.962	15.972	1.048	15.837	16.885	1.100	15.932	17.032
Landeskrankenhaus Gmünd-Waidhofen/Thaya-Zwettl, Standort Zwettl	262	995	1.257	318	1.000	1.318	239	684	923
Landeskrankenhaus Hainburg	207	823	1.030	190	839	1.029	118	388	506
Landeskrankenhaus Hohegg	29	469	498	20	262	282	19	292	311
Landeskrankenhaus Hollabrunn	1.772	21.936	23.708	1.775	22.113	23.888	1.665	20.092	21.757
Landeskrankenhaus Horn-Allentsteig, Standort Allentsteig	6	297	303	6	140	146	10	233	243
Landeskrankenhaus Horn-Allentsteig, Standort Horn	122	612	734	176	700	876	183	812	995
Landeskrankenhaus Klosterneuburg	73	433	506	63	426	489	84	644	728
Landeskrankenhaus Korneuburg-Stockerau, Standort Korneuburg	9	18	27	7	20	27	8	61	69
Landeskrankenhaus Korneuburg-Stockerau, Standort Stockerau	174	614	788	156	588	744	150	555	705
Landeskrankenhaus Mauer	3.742	107.584	111.326	3.833	114.446	118.279	3.737	97.864	101.601
Landeskrankenhaus Melk	282	1.425	1.707	361	1.543	1.904	348	1.241	1.589
Landeskrankenhaus Mistelbach-Gänserndorf	306	1.346	1.652	289	952	1.241	239	948	1.187
Landeskrankenhaus Neunkirchen	1.435	17.278	18.713	1.431	16.626	18.057	1.377	16.853	18.230
Landeskrankenhaus Scheibbs	396	2.341	2.737	406	2.385	2.791	373	1.997	2.370
Landeskrankenhaus Waidhofen/Ybbs	272	1.267	1.539	260	1.266	1.526	206	874	1.080
Landeskrankenhaus Wiener Neustadt	269	1.122	1.391	263	929	1.192	295	1.198	1.493
Psychosomatisches Zentrum Waldviertel	604	30.798	31.402	610	30.486	31.096	588	30.799	31.387
Universitätskrankenhaus Krens	174	612	786	180	593	773	196	804	1.000
Universitätskrankenhaus St. Pölten-Lilienfeld, Standort Lilienfeld	86	474	560	72	423	495	86	324	410
Universitätskrankenhaus St. Pölten-Lilienfeld, Standort St. Pölten	239	1.092	1.331	185	1.110	1.295	258	1.294	1.552
Universitätskrankenhaus Tulln	2.797	35.622	38.419	2.663	37.251	39.914	2.753	37.152	39.905
Niederösterreich	18.514	285.245	303.759	18.251	290.551	308.802	17.760	271.622	289.382

Tabelle 54: Aufenthalte mit psychiatrischer Hauptdiagnose⁷⁶

⁷⁶ Belagstage: Summe der Mitternachtsstände der PatientInnen in einem definierten Zeitraum; Pflege tage: Anzahl der Kalendertage, die für stationäre Aufenthalte (inkl. Aufnahme- und Entlassungstage) im Berichtsjahr anfallen (= Belagstage plus 1)

Aufenthalte mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose F00–F79									
Landeskrankenhaus	2011			2012			2013		
	Entlassungen	Belagstage	Pflege tage	Entlassungen	Belagstage	Pflege tage	Entlassungen	Belagstage	Pflege tage
Landeskrankenhaus Amstetten	402	1.007	1.409	408	1.065	1.473	421	1.120	1.541
Landeskrankenhaus Baden-Mödling, Standort Baden	2.683	29.310	31.993	2.486	27.684	30.170	2.382	27.697	30.079
Landeskrankenhaus Baden-Mödling, Standort Hinterbrühl	254	3.950	4.204	260	3.971	4.231	254	4.207	4.461
Landeskrankenhaus Baden-Mödling, Standort Mödling	274	1.431	1.705	258	2.203	2.461	201	1.877	2.078
Landeskrankenhaus Gmünd-Waidhofen/Thaya-Zwettl, Standort Gmünd	174	1.429	1.603	161	1.110	1.271	146	933	1.079
Landeskrankenhaus Gmünd-Waidhofen/Thaya-Zwettl, Standort Waidhofen/Thaya	1.006	14.921	15.927	1.038	15.647	16.685	1.093	15.838	16.931
Landeskrankenhaus Gmünd-Waidhofen/Thaya-Zwettl, Standort Zwettl	252	982	1.234	290	966	1.256	225	674	899
Landeskrankenhaus Hainburg	206	818	1.024	190	839	1.029	115	380	495
Landeskrankenhaus Hohegg	29	469	498	20	262	282	19	292	311
Landeskrankenhaus Hollabrunn	1.772	21.936	23.708	1.773	22.107	23.880	1.662	20.084	21.746
Landeskrankenhaus Horn-Allentsteig, Standort Allentsteig	5	273	278	6	140	146	10	233	243
Landeskrankenhaus Horn-Allentsteig, Standort Horn	121	603	724	174	685	859	181	800	981
Landeskrankenhaus Klosterneuburg	71	411	482	63	426	489	84	644	728
Landeskrankenhaus Korneuburg-Stockerau, Standort Korneuburg	9	18	27	7	20	27	8	61	69
Landeskrankenhaus Korneuburg-Stockerau, Standort Stockerau	174	614	788	155	584	739	150	555	705
Landeskrankenhaus Mauer	3.664	105.528	109.192	3.756	113.010	116.766	3.668	96.176	99.844
Landeskrankenhaus Melk	279	1.405	1.684	360	1.543	1.903	346	1.234	1.580
Landeskrankenhaus Mistelbach-Gänserndorf	301	1.335	1.636	281	909	1.190	236	924	1.160
Landeskrankenhaus Neunkirchen	1.431	17.238	18.669	1.431	16.626	18.057	1.372	16.805	18.177
Landeskrankenhaus Scheibbs	396	2.341	2.737	405	2.385	2.790	372	1.989	2.361
Landeskrankenhaus Waidhofen/Ybbs	272	1.267	1.539	260	1.266	1.526	205	857	1.062
Landeskrankenhaus Wiener Neustadt	248	1.074	1.322	232	904	1.136	256	1.113	1.369
Psychosomatisches Zentrum Waldviertel	601	30.597	31.198	606	30.322	30.928	583	30.557	31.140
Universitätskrankenhaus Krens	171	608	779	172	572	744	186	774	960
Universitätskrankenhaus St. Pölten-Lilienfeld, Standort Lilienfeld	86	474	560	70	422	492	85	321	406
Universitätskrankenhaus St. Pölten-Lilienfeld, Standort St. Pölten	207	1.011	1.218	163	1.074	1.237	234	1.267	1.501
Universitätskrankenhaus Tulln	2.520	31.895	34.415	2.372	33.319	35.691	2.487	32.891	35.378
Niederösterreich	17.608	272.945	290.553	17.397	280.061	297.458	16.981	260.303	277.284

Tabelle 55: Aufenthalte mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose F00–F79 (d.h. exklusive kinderpsychiatrischer Hauptdiagnosen)

Aufenthalte mit einer kinderpsychiatrischen Hauptdiagnose F80-F99												
Landeskrankenhaus	2011				2012				2013			
	Entlassungen	Belagstage	Pflegestage	Ø Belagstage	Entlassungen	Belagstage	Pflegestage	Ø Belagstage	Entlassungen	Belagstage	Pflegestage	Ø Belagstage
Landeskrankenhaus Amstetten	10	38	48	3,8	7	20	27	2,9	6	4	10	0,7
Landeskrankenhaus Baden-Mödling, Standort Baden	20	332	352	16,6	8	60	68	7,5	14	203	217	14,5
Landeskrankenhaus Baden-Mödling, Standort Hinterbrühl	242	4.857	5.099	20,1	241	3.816	4.057	15,8	241	4.150	4.391	17,2
Landeskrankenhaus Baden-Mödling, Standort Mödling	189	771	960	4,1	110	687	797	6,2	63	390	453	6,2
Landeskrankenhaus Gmünd-Waidhofen/Thaya-Zwettl, Standort Waidhofen/Thaya	4	41	45	10,3	10	190	200	19,0	7	94	101	13,4
Landeskrankenhaus Gmünd-Waidhofen/Thaya-Zwettl, Standort Zwettl	10	13	23	1,3	28	34	62	1,2	14	10	24	0,7
Landeskrankenhaus Hainburg	1	5	6	5,0	0	0	0		2	6	8	3,0
Landeskrankenhaus Hollabrunn	0	0	0		2	6	8	3,0	3	8	11	2,7
Landeskrankenhaus Horn-Allentsteig, Standort Allentsteig	1	24	25	24,0	0	0	0		0	0	0	
Landeskrankenhaus Horn-Allentsteig, Standort Horn	1	9	10	9,0	2	15	17	7,5	1	11	12	11,0
Landeskrankenhaus Klosterneuburg	2	22	24	11,0	0	0	0		0	0	0	
Landeskrankenhaus Korneuburg-Stockerau, Standort Stockerau	0	0	0		1	4	5	4,0	0	0	0	
Landeskrankenhaus Mauer	78	2.056	2.134	26,4	77	1.436	1.513	18,6	69	1.688	1.757	24,5
Landeskrankenhaus Melk	3	20	23	6,7	1	0	1	-	2	7	9	3,5
Landeskrankenhaus Mistelbach-Gänserndorf	5	11	16	2,2	8	43	51	5,4	3	24	27	8,0
Landeskrankenhaus Neunkirchen	4	40	44	10,0	0	0	0		5	48	53	9,6
Landeskrankenhaus Scheibbs	0	0	0		1	0	1	-	1	8	9	8,0
Landeskrankenhaus Waidhofen/Ybbs	0	0	0		0	0	0		1	17	18	17,0
Landeskrankenhaus Wiener Neustadt	21	48	69	2,3	31	25	56	0,8	39	85	124	2,2
Psychosomatisches Zentrum Waldviertel	3	201	204	67,0	4	164	168	41,0	5	242	247	48,4
Universitätskrankenhaus Krems	3	4	7	1,3	8	21	29	2,6	9	30	39	3,3
Universitätskrankenhaus St. Pölten-Lilienfeld, Standort Lilienfeld	0	0	0		2	1	3	0,5	1	3	4	3,0
Universitätskrankenhaus St. Pölten-Lilienfeld, Standort St. Pölten	29	78	107	2,7	22	36	58	1,6	24	27	51	1,1
Universitätskrankenhaus Tulln	277	3.727	4.004	13,5	291	3.932	4.223	13,5	266	4.261	4.527	16,0
Niederösterreich	903	12.297	13.200	13,6	854	10.490	11.344	12,3	776	11.316	12.092	14,6

Tabelle 56: Aufenthalte mit einer kinderpsychiatrischen Hauptdiagnose F80-F99

Aufenthalte ohne Forensik, ABH, stationäre Psychotherapie, nur von psychiatrischen Abteilungen entlassen ohne Tagesklinik (entspricht der »Akutpsychiatrischen Versorgung Erwachsener«)						
Landeskrankenhaus	2011		2012		2013	
	Entlassungen	Belagstage	Entlassungen	Belagstage	Entlassungen	Belagstage
Landeskrankenhaus Baden-Mödling, Standort Baden	1.673	17.597	1.713	17.302	1.585	16.253
Landeskrankenhaus Gmünd-Waidhofen/Thaya-Zwettl, Standort Waidhofen/Thaya	704	11.781	763	13.024	817	13.149
Landeskrankenhaus Hollabrunn	1.251	15.937	1.269	16.025	1.163	14.185
Landeskrankenhaus Mauer	1.984	22.775	2.032	22.204	1.972	21.934
Landeskrankenhaus Neunkirchen	846	10.642	868	10.421	859	11.064
Universitätskrankenhaus Tulln	1.616	18.882	1.527	19.557	1.429	19.315
Niederösterreich	8.074	97.614	8.172	98.533	7.825	95.900

Tabelle 57: Aufenthalte ohne Forensik, ABH, stationäre Psychotherapie, nur von psychiatrischen Abteilungen entlassen ohne Tagesklinik

Aufenthalte nur von psychiatrischen Abteilungen entlassen, ohne Forensik, ABH, stationäre Psychotherapie inkl. Tagesklinik												
Landeskrankenhaus	2011				2012				2013			
	Entlassungen	Belagstage	Pflegestage	Ø Belagstage	Entlassungen	Belagstage	Pflegestage	Ø Belagstage	Entlassungen	Belagstage	Pflegestage	Ø Belagstage
Landeskrankenhaus Baden-Mödling, Standort Baden	1.913	21.728	23.641	11,4	1.885	19.952	21.837	10,6	1.829	19.638	21.467	10,7
Landeskrankenhaus Gmünd-Waidhofen/Thaya-Zwettl, Standort Waidhofen/Thaya	834	14.071	14.905	16,9	898	15.095	15.993	16,8	945	15.124	16.069	16,0
Landeskrankenhaus Hollabrunn	1.621	21.246	22.867	13,1	1.663	21.572	23.235	13,0	1.535	19.507	21.042	12,7
Landeskrankenhaus Mauer	2.153	27.454	29.607	12,8	2.184	26.450	28.634	12,1	2.157	27.471	29.628	12,7
Landeskrankenhaus Neunkirchen	1.165	15.822	16.987	13,6	1.192	15.417	16.609	12,9	1.163	15.760	16.923	13,6
Universitätskrankenhaus Tulln	1.742	21.154	22.896	12,1	1.711	22.220	23.931	13,0	1.894	22.554	24.448	11,9
Niederösterreich	9.428	121.475	130.903	12,9	9.533	120.706	130.239	12,7	9.523	120.054	129.577	12,6

Tabelle 58: Aufenthalte nur von psychiatrischen Abteilungen entlassen, ohne Forensik, ABH, stationäre Psychotherapie inklusive Tagesklinik

Aufenthalte von nichtpsychiatrischen Abteilungen entlassen												
Landeskrankenhaus	2011				2012				2013			
	Entlassungen	Belagstage	Pflegestage	Ø Belagstage	Entlassungen	Belagstage	Pflegestage	Ø Belagstage	Entlassungen	Belagstage	Pflegestage	Ø Belagstage
Landeskrankenhaus Amstetten	412	1.045	1.457	2,5	415	1.085	1.500	2,6	427	1.124	1.551	2,6
Landeskrankenhaus Baden-Mödling, Standort Baden	790	7.914	8.704	10,0	609	7.792	8.401	12,8	567	8.262	8.829	14,6
Landeskrankenhaus Baden-Mödling, Standort Mödling	463	2.202	2.665	4,8	368	2.890	3.258	7,9	264	2.267	2.531	8,6
Landeskrankenhaus Gmünd-Waidhofen/Thaya-Zwettl, Standort Gmünd	174	1.429	1.603	8,2	161	1.110	1.271	6,9	146	933	1.079	6,4
Landeskrankenhaus Gmünd-Waidhofen/Thaya-Zwettl, Standort Waidhofen/Thaya	176	891	1.067	5,1	150	742	892	4,9	155	808	963	5,2
Landeskrankenhaus Gmünd-Waidhofen/Thaya-Zwettl, Standort Zwettl	262	995	1.257	3,8	318	1.000	1.318	3,1	239	684	923	2,9
Landeskrankenhaus Hainburg	207	823	1.030	4,0	190	839	1.029	4,4	118	388	506	3,3
Landeskrankenhaus Hohegg	29	469	498	16,2	20	262	282	13,1	19	292	311	15,4
Landeskrankenhaus Hollabrunn	151	690	841	4,6	112	541	653	4,8	130	585	715	4,5
Landeskrankenhaus Horn-Allentsteig, Standort Allentsteig	6	297	303	49,5	6	140	146	23,3	10	233	243	23,3
Landeskrankenhaus Horn-Allentsteig, Standort Horn	122	612	734	5,0	176	700	876	4,0	183	812	995	4,4
Landeskrankenhaus Klosterneuburg	73	433	506	5,9	63	426	489	6,8	84	644	728	7,7
Landeskrankenhaus Korneuburg-Stockerau, Standort Korneuburg	9	18	27	2,0	7	20	27	2,9	8	61	69	7,6
Landeskrankenhaus Korneuburg-Stockerau, Standort Stockerau	174	614	788	3,5	156	588	744	3,8	150	555	705	3,7
Landeskrankenhaus Mauer	32	528	560	16,5	60	530	590	8,8	30	469	499	15,6
Landeskrankenhaus Melk	282	1.425	1.707	5,1	361	1.543	1.904	4,3	348	1.241	1.589	3,6
Landeskrankenhaus Mistelbach-Gänserndorf	306	1.346	1.652	4,4	289	952	1.241	3,3	239	948	1.187	4,0
Landeskrankenhaus Neunkirchen	270	1.456	1.726	5,4	239	1.209	1.448	5,1	214	1.093	1.307	5,1
Landeskrankenhaus Scheibbs	396	2.341	2.737	5,9	406	2.385	2.791	5,9	373	1.997	2.370	5,4
Landeskrankenhaus Waidhofen/Ybbs	272	1.267	1.539	4,7	260	1.266	1.526	4,9	206	874	1.080	4,2
Landeskrankenhaus Wiener Neustadt	269	1.122	1.391	4,2	263	929	1.192	3,5	295	1.198	1.493	4,1
Psychosomatisches Zentrum Waldviertel	604	30.798	31.402	51,0	610	30.486	31.096	50,0	588	30.799	31.387	52,4
Universitätskrankenhaus Krems	174	612	786	3,5	180	593	773	3,3	196	804	1.000	4,1
Universitätskrankenhaus St. Pölten-Lilienfeld, Standort Lilienfeld	86	474	560	5,5	72	423	495	5,9	86	324	410	3,8
Universitätskrankenhaus St. Pölten-Lilienfeld, Standort St. Pölten	239	1.092	1.331	4,6	185	1.110	1.295	6,0	258	1.294	1.552	5,0
Universitätskrankenhaus Tulln	429	916	1.345	2,1	290	803	1.093	2,8	255	695	950	2,7
Niederösterreich	6.407	61.809	68.216	9,6	5.966	60.364	66.330	10,1	5.588	59.384	64.972	10,6

Tabelle 59: Aufenthalte von nichtpsychiatrischen Abteilungen entlassen

Aufenthalte nur Forensik												
Landeskrankenhaus	2011				2012				2013			
	Entlassungen	Belagstage	Pflegstage	Ø Belagstage	Entlassungen	Belagstage	Pflegstage	Ø Belagstage	Entlassungen	Belagstage	Pflegstage	Ø Belagstage
Landeskrankenhaus Mauer	119	30.459	30.578	256,0	146	27.113	27.259	185,7	147	19.260	19.407	131,0
Niederösterreich	119	30.459	30.578	256,0	146	27.113	27.259	185,7	147	19.260	19.407	131,0

Tabelle 60: Aufenthalte nur Forensik

Aufenthalte nur stationäre Psychotherapie												
Landeskrankenhaus	2011				2012				2013			
	Entlassungen	Belagstage	Pflegstage	Ø Belagstage	Entlassungen	Belagstage	Pflegstage	Ø Belagstage	Entlassungen	Belagstage	Pflegstage	Ø Belagstage
Landeskrankenhaus Mauer	409	20.565	20.974	50,3	430	21.296	21.726	49,5	426	21.718	22.144	51,0
Universitätskrankenhaus Tulln	170	6.871	7.041	40,4	168	7.102	7.270	42,3	200	7.511	7.711	37,6
Niederösterreich	579	27.436	28.015	47,4	598	28.398	28.996	47,5	626	29.229	29.855	46,7

Tabelle 61: Aufenthalte nur stationäre Psychotherapie

Aufenthalte nur tagesklinische Psychotherapie												
Landeskrankenhaus	2011				2012				2013			
	Entlassungen	Belagstage	Pflegstage	Ø Belagstage	Entlassungen	Belagstage	Pflegstage	Ø Belagstage	Entlassungen	Belagstage	Pflegstage	Ø Belagstage
Landeskrankenhaus Mauer	163	2.896	3.059	17,8	152	4.246	4.398	27,9	185	5.537	5.722	29,9
Niederösterreich	163	2.896	3.059	17,8	152	4.246	4.398	27,9	185	5.537	5.722	29,9

Tabelle 62: Aufenthalte nur tagesklinische Psychotherapie

Aufenthalte nur ABH												
Landeskrankenhaus	2011				2012				2013			
	Entlassungen	Belagstage	Pflegstage	Ø Belagstage	Entlassungen	Belagstage	Pflegstage	Ø Belagstage	Entlassungen	Belagstage	Pflegstage	Ø Belagstage
Landeskrankenhaus Mauer	778	18.622	19.400	23,9	752	18.690	19.442	24,9	720	18.030	18.750	25,0
Niederösterreich	778	18.622	19.400	23,9	752	18.690	19.442	24,9	720	18.030	18.750	25,0

Tabelle 63: Aufenthalte nur Abhängigkeitserkrankungen

Aufenthalte Eggenburg												
Landeskrankenhaus	2011				2012				2013			
	Entlassungen	Belagstage	Pflegstage	Ø Belagstage	Entlassungen	Belagstage	Pflegstage	Ø Belagstage	Entlassungen	Belagstage	Pflegstage	Ø Belagstage
Psychosomatisches Zentrum Waldviertel	604	30.798	31.402	51,0	610	30.486	31.096	50,0	588	30.799	31.387	52,4
Niederösterreich	604	30.798	31.402	51,0	610	30.486	31.096	50,0	588	30.799	31.387	52,4

Tabelle 64: Aufenthalte Eggenburg

Altersverteilung in Prozent											
Versorgungsregion	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90+	Gesamt
Mitte	1,1	13,4	14,0	13,5	19,3	12,5	8,3	9,6	7,4	0,9	100,0
Waldviertel	0,0	4,0	13,2	12,9	19,3	19,1	8,3	12,2	9,3	1,5	100,0
Weinviertel	0,1	3,7	10,5	16,0	24,8	19,5	7,2	8,6	7,6	1,9	100,0
Thermenregion	1,0	9,9	14,7	14,3	20,4	15,5	8,4	8,0	6,8	1,0	100,0
Mostviertel	0,2	7,0	16,4	15,8	19,0	16,1	6,9	6,9	9,9	1,8	100,0
Gesamt	0,5	8,1	14,4	14,7	20,2	16,2	7,8	8,6	8,2	1,4	100,0

Tabelle 65: Altersverteilung der PatientInnen in den LKNOE je Versorgungsregion 2012
Daten aus Abfrage NÖ Landeskliniken-Holding

Geschlechterverteilung					
Versorgungsregion	männlich	weiblich	gesamt	Anteil männlich (%)	Anteil weiblich (%)
Mitte	1.224	1.624	2.848	43,0	57,0
Waldviertel	899	1.218	2.117	42,5	57,5
Weinviertel	1.015	1.206	2.221	45,7	54,3
Thermenregion	2.222	2.678	4.900	45,3	54,7
Mostviertel	2.695	2.674	5.369	50,2	49,8
Gesamt	8.055	9.400	17.455	46,1	53,9

Tabelle 66: Geschlechterverteilung der PatientInnen in den LKNOE je Versorgungsregion 2012
Daten aus Abfrage NÖ Landeskliniken-Holding

Altersgruppe	Betreuungszentren		Betreuungsstationen	
	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %
Unter 20 Jahre	3	1,2	0	0
20 – 29 Jahre	9	3,7	3	1,1
30 – 39 Jahre	18	7,3	9	3,2
40 – 49 Jahre	34	13,8	37	13,2
50 – 59 Jahre	54	22,0	84	29,8
60 – 69 Jahre	48	19,5	82	29,2
70 – 79 Jahre	49	19,9	51	18,1
80 – 89 Jahre	27	11,0	14	5,0
90 Jahre und älter	4	1,6	1	0,4
Gesamt	246⁷⁷	100	281	100

Tabelle 67: Altersverteilung der BewohnerInnen von Betreuungsstationen und -zentren
LRH 2013, 28 und 34

77 Die Abweichungen der BewohnerInnenzahlen in den verschiedenen Tabellen werden im Landesrechnungshofbericht, aus dem alle Daten stammen, nicht näher erläutert.

Anbieter	Einrichtung	VZÄ
PSZ GmbH	PSD	51,52
	ICM	5,5
	ICM Tagesstruktur	2,67
	KIPKE	2,6
	Suchtberatung	9,75
	Wohnhaus Mistelbach	8,6
	Wohnhaus Brünn	1,6
	Wohnprojekt Edgar	2,8
	Tageszentren	12,4
	Rehawerkstatt	1,9
	Club	9,8
	Arbeitsassistenz für Menschen mit psy. Beeinträchtigung	26,65
	ATZ Süd	8,0
	Gesamt	143,79
Caritas	PSD	45,36
	ICM-Tagesstruktur	5,47
	KIPKE	2,50
	Suchtberatung	12,97
	Psychoziale Wohngruppen	1,0
	Schloss Schiltern	38,37
	Club	10,82
	Job Coaching	5,00
	Arbeitsassistenz für Menschen mit psy. Beeinträchtigung	8,64
	Rehawerkstatt	1,5
	BBO Beschäftigungs- & Berufsorientierung	9,6
Gesamt	141,23	
Summe	285,02	

Tabelle 68: VZÄ PSZ GmbH und Caritas St. Pölten gesamt
 Daten aus Abfrage PSZ GmbH und Caritas St. Pölten

