

Wege zum Patienten

Psychosoziale Dienste sichern nicht nur die niederschwellige fachliche Betreuung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, sondern auch ihre Unterstützung in Arbeits- und Wohnrehabilitation: die Entwicklungen der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Niederösterreich.

Stefan Frühwald und Wolfgang Grill

Hilfe für Menschen mit psychischen Problemen wird heute seitens unterschiedlicher Leistungsanbieter erbracht. Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin sind die primären Ansprechpersonen im ambulanten Bereich, da sie die individuelle Situation wie auch familiäre Geschichte und Hintergründe gut kennen, wobei in der ärztlichen Ausbildung zum Allgemeinmediziner psychiatrische Problemstellungen noch nicht jenen Stellenwert einnehmen, welchen sie angesichts der Häufigkeit psychischer Krankheiten verdienen würden. Fachärzte für Psychiatrie (und Neurologie bzw. für Neurologie und Psychiatrie) sind überwiegend in den Ballungszentren anzutreffen, meist gibt es einen Kassenvertragsfacharzt pro Bezirk, wobei insbesondere im ländlichen Raum das Angebot dünn ist. In Niederösterreich besteht heute eine Unterversorgung mit niedergelassenen Kassenfachärzten für Psychiatrie, was angesichts des quantitativ ebenfalls noch nicht flächendeckend ausgebauten gemeindepsychiatrischen Angebots als bedenklich für die Versorgungslage einzustufen ist. Der NÖ Psychiatrieplan 2003 hält eine deutliche Ausweitung des Angebots an Kassenplanstellen für Psychiatrie für wesentlich.¹

Die stationäre Behandlung unterliegt gegenwärtig gravierenden Veränderungen. In den meisten Bundesländern wird, dem bewährten Vorgehen anderer Staaten folgend, die stationäre psychiatrische Behandlung, statt wie früher in wohnortfern gelegenen, zentralisierten „Nervenkliniken“, in Allgemeinkrankenhäusern verlagert. Dafür sprechen vor allem fachliche Gründe (z.B. bessere Erreichbarkeit, bessere Besuchsmöglichkeit für Angehörige, Ausgangsmöglichkeit zur Erprobung von in der Therapie im geschützten Raum besprochenen Schritten, positive wechselseitige Befruchtung von somatischen Fächern und Psychiatrie, fehlende Stigmatisierung, ...). Besonders geeignet erscheinen Schwerpunkt-Krankenanstalten mit einer größeren Vielfalt von Fachabteilungen. In Niederösterreich wurden in den letzten Jahren mehrere neue psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern eröffnet (in Hollabrunn, Waidhofen/Thaya, Neunkirchen, Baden und Tulln), in St. Pölten soll noch eine folgen. Eine der traditionellen Landesnervenkliniken, Gugging, wurde 2007 geschlossen. Auch in anderen Bundesländern werden analoge Umstrukturierungen der stationären psychiatrischen Versorgung vollzogen.

Insbesondere für komplexe Problemstellungen, also zur wohnortnahen ambulanten und mobilen Unterstützung von schwer und chronisch kranken Menschen, wurden in Österreich seit den 1970er-Jahren psychosoziale Einrichtungen etabliert. Auch diese sind heute in allen Bundesländern flächendeckend vorhanden, variieren aber stark in Ausstattung und Leistungsspektrum. Die psychosozialen Dienste (PSD) sind dann als Drehscheibe anzusehen, wenn für psychisch Kranke über rein ärztliche Hilfe hinaus auch Unterstützung bei Selbstversorgung und Wohnen, bei Arbeit und Ausbildung oder in Tagesgestaltung und Kontaktfindung erforderlich erscheint. Die Caritas der Diözese St. Pölten ist Trägerin des PSD und vieler weiterer psychosozialer Einrichtungen im Gebiet der Diözese St. Pölten¹, in den östlichen Bezirken Niederösterreichs ist die Psychosoziale Zentren GmbH (PSZ GmbH) die bedeutendste Trägerin psychosozialer Einrichtungen². Aufgrund der großen Fläche des Bundeslandes und der überwiegend gemischt kleinstädtisch-ländlichen Struktur ist die Organisation dezentraler psychosozialer Leistungen nicht trivial, zumal der Psychiatrieplan 1995 als Personalbedarf für den PSD 40 Wochenstunden Facharzt für Psychiatrie und 80 Wochenstunden diplomierter Sozialarbeiter je 50.000 Einwohner nennt. Diese Personalbedarfszahlen von 1995 sind inzwischen nahezu umgesetzt, wobei der NÖ Psychiatrieplan 2003 deutlich höhere Personaleinsatzzahlen und eine multiprofessionelle Ausstattung des PSD empfiehlt.

Zielgruppe und differenzielle Indikationsstellung

Für den PSD umriss der erste NÖ Psychiatrieplan 1995³ und beschreibt der NÖ Psychiatrieplan 2003 detaillierter als Zielgruppe jene Personen,

- :: deren „komplexe, psychosoziale Behinderungen weder selbstständig noch mit dem verfügbaren Angebot an ambulanten fachärztlichen und/oder psychotherapeutischen Hilfen bzw. anderen privat oder professionell organisierten sozialen Hilfen in ihrem Lebensumfeld bewältigbar sind, und/oder
- :: die diese verfügbaren Hilfen (noch) nicht akzeptieren bzw. in Anspruch nehmen können/wollen, und/oder neben der durch den niedergelassenen Bereich geleisteten ambulanten psychiatrischen Grundversorgung und in Übereinstimmung mit

dem niedergelassenen Bereich spezifische psychosoziale Unterstützung (...) benötigen, und/oder

- die an durchwegs komplexen psychiatrisch-psychosozialen Behinderungen leiden und entweder eine besonders niedrige Schwelle für das ambulante Aufsuchen von fachlicher Hilfe benötigen oder prinzipiell dort aufgesucht werden müssen, wo sie wohnen, und/oder
- die oft psychiatrische Hilfe in der üblich angebotenen ambulanten Weise ablehnen, sodass darum „geworben“ werden muss, dass die Hilfe in Anspruch genommen wird, und/oder
- bei denen der Hilfebedarf und die Krankheitseinsicht anders als bei Körper- und Sinnesbehinderungen fluktuiert.“⁴

Hier wird die differentielle Indikationsstellung einer fachlich angezeigten Betreuung durch den PSD evident. Während der größte Anteil ambulanter Patientinnen und Patienten weiterhin durch niedergelassene Fachärzte versorgt wird, wird der eng umschriebene Kreis komplex zu unterstützender Patienten durch den PSD betreut, um in nachgehender bzw. aufsuchender Weise die psychosozialen Leistungen vorzuhalten. Auch für eine Vermittlung zu bedarfsgerecht anzubietenden weiteren psychosozialen Leistungen (z.B. Angebote der Arbeitsrehabilitation^{5,6}, Angebote der Wohnrehabilitation⁷) kann der PSD als Drehscheibe dienen. Gerade letztere Leistungen sind insofern hoch relevant, als sie zwar weder medizinischer Zuständigkeit zugerechnet noch den medizinischen Budgets zuzuordnen sind, noch unter direkten Krankheitsfolgekosten subsummiert werden, die meist aus den Sozialbudgets stammende Bedeckung dieser Leistungen aber einen bedeutsamen Teil der bei psychiatrischen Erkrankungen hohen indirekten Krankheitsfolgekosten ausmacht.

Ärztliche Leistungen im PSD

Die NÖ Psychiatriepläne 1995 und 2003 passten das Aufgabenspektrum des PSD den heutigen Erfordernissen an. Seit 2000 sind auch Fachärzte für Psychiatrie im PSD beschäftigt. Die we-

sentliche Bedeutung ihres Einsatzes steht heute fachlich nicht mehr in Frage⁸. Das aktuelle, mit dem Land NÖ akkordierte PSD-Konzept 2003 erwähnt als Kerndienstleistungen des PSD in NÖ u.a. Clearing, Beratung, Behandlung (inkl. Diagnostik), Erstellung von Berichten und Befunden. Diese Dienstleistungen sollen durch diplomierte Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, diplomiertes psychiatrisches Pflegepersonal, Fachärzte für Psychiatrie, praktische Ärzte mit *ius practicandi* und weitere Berufsgruppen erbracht werden. Zur Erbringung der komplexen Unterstützungsleistungen ist erforderlich, dass ärztliches Personal über die im PSD traditionelle reine Beratungstätigkeit hinaus in Subsidiarität medizinische Interventionen erbringt (z.B.: Verabreichung von Depot-Injektionen auch am Wohnort der Betroffenen, nachgehende und aufsuchend um Compliance der Betroffenen werbende Interventionen, Gesundheitsförderung⁹). Soweit Fachärzte für Psychiatrie zur Erbringung dieser Leistungen herangezogen wurden (beispielhaft:¹⁰), stellte sich die Frage der Rechtsgrundlage.

Allgemein werden ärztliche Leistungen in Ordinationen oder in Krankenanstalten/Ambulatorien erbracht. Beim PSD handelt es sich um eine Einrichtung, „die eine gleichzeitige Behandlung von mehreren Personen ermöglicht und deren Organisation der einer Anstalt entspricht (NÖ Kranken-Anstalten-Gesetz / KAG § 2/4)“. Konsequenterweise stellte sich die Frage, ob der PSD als Ordinationsstätte anzusehen wäre, oder ob die Bestimmungen des KAG anzuwenden wären. Rechtsgutachten brachten für die Frage keine abschließende Klarheit¹¹.

Auf die Problematik der Erbringung ärztlicher Leistungen in einem rechtlichen Graubereich aufmerksam geworden, erfolgten Konsultationen u.a. mit Juristen der Ärztekammer, mit den Trägerorganisationen, mit dem Auftraggeber und anderen. Schließlich lagen klare Positionierungen der Trägerorganisationen und des Auftraggebers vor, dass eine Anmeldung von Einzelordinationen der im PSD tätigen Ärzte die Funktionsweise des PSD beeinträchtigen würde.

Meilenstein

Die Regierungen der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union bekennen sich im Green Paper von 2005 zum Ziel, die psychische Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger der Mitgliedsstaaten zu verbessern¹³. Die Entwicklung der Krankheitslast („Burden of disease“) zeigt eine Zunahme von durch psychische Erkrankungen und Behinderungen beeinträchtigten Lebensjahren in den Bevölkerungen der Mitgliedsstaaten¹⁴.

In NÖ wurde in den letzten Jahren auf Basis des NÖ Psychiatrieplans 2003³ die stationäre psychiatrische Versorgung regionalisiert und im Zuge dessen ein im österreichischen und EU-Vergleich niedriger Bettenschlüssel psychiatrischer Betten umgesetzt. Gleichzeitig ist die Facharzt-Dichte (Fachärzte für Psychiatrie mit §2-Kassenvertrag) noch sehr niedrig (dzt. ca. 1:100.000 Einwohner statt wie im Psychiatrieplan empfohlen 1:30.000 Einwohner). Die Personalausstattung extramuraler psychiatrischer Dienste ist gemäß Untersuchungen des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG) in NÖ gerade etwas mehr als die

Hälfte des Österreich-Durchschnitts¹⁵. Fachärzte für Psychiatrie fehlen in stationären wie in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen sowie auch in (Kassen-) Ordinationen¹⁶.

Der erwähnte Schritt des PSD in NÖ, ärztliche Funktionsbereiche der bereits vorhandenen Beratungsstellen zu Ambulatorien umzugestalten, ist ein Meilenstein für die bessere Versorgung der psychisch erkrankten Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf. Darüber hinaus wird es allerdings weiterer Anstrengungen bedürfen, um die ambulante Versorgungslage zu bessern: Angesichts der zu erwartenden Entwicklung (Prävalenzzahlen, Bevölkerungsentwicklung, „Burden of disease“) sollten sämtliche verfügbaren Angebote (stationäre, teilstationäre, extramurale Dienste, Niedergelassene) gemeindenah organisiert, miteinander vernetzt und in deutlich erweiterter (Personal-) Ausstattung zur Verfügung stehen, um die Herausforderungen bewältigen zu können und stationäre Aufenthalte reduzieren zu helfen.

Nach entsprechenden Anträgen wurde schließlich der Bedarf von selbstständigen Ambulatorien für ärztliche Beratung, Behandlung (inkl. Diagnostik), Erstellung von Berichten und Befunden von Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf angesichts psychiatrischer Erkrankungen in verschiedenen niederösterreichischen Städten vom Landessanitätsrat einstimmig für gegeben erachtet und somit die Errichtung von Ambulanzen bewilligt. Gegenwärtig wird an den PSD-Beratungsstellen in Amstetten, Zwettl, St. Pölten, Baden, Mistelbach, Schwechat, Stockerau, Tulln und Wiener Neustadt für die ärztlichen Funktionsbereiche eine sozialpsychiatrische Ambulanz eingerichtet. Die fachliche Positionierung, Konzepte und Tätigkeitsschwerpunkte (Versorgung schwer kranker, „multimorbider“ Patienten) bleiben natürlich auch angesichts der Änderung des Rechtsstatus auf Ambulatoriumsstatus unverändert. Neben der damit besser gegebenen rechtlichen Absicherung der ärztlichen Tätigkeit im PSD wird die klarere Verankerung des PSD auch im medizinischen Versorgungssystem evident sein. Aussichtsreich scheint auch die Möglichkeit, Ausbildungsverantwortung für Turnusärzte in Facharztweiterbildung zu übernehmen, sind doch Kenntnisse und Fertigkeiten gemeindepsychiatrischer Interventionen bedeutend für das Profil der Psychiater und daher auch für deren Ausbildung¹².

Vieles ist aus heutiger Sicht noch offen und bleibt abzuarbeiten bzw. abzuwarten. Ob und wie sich eine Rezepturbefugnis durch die Krankenkassen umsetzen lässt, ob eine Nutzung der e-Card und Teilnahme am ELGA-Prozess (Elektronische Gesundheitsakte) möglich sein wird, ist derzeit noch nicht abschließend zu beurteilen. Wie das Zusammenwirken zwischen dem Ambulatoriums-Teil des PSD und weiteren Funktionsbereichen zu gestalten ist, bleibt zu konkretisieren. ::

¹ Frühwald S et al. (2007): Der Psycho-Soziale Dienst (PSD) der Caritas St. Pölten: Außerstationäre Hilfe für psychisch Kranke im Westen Niederösterreichs. *Gemeinde-nahe Psychiatrie* 28, 147-154
² Grill W et al. (im Druck): PSZ Psychosoziale Zentren GmbH – Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in NÖ. *Gemeinde-nahe Psychiatrie*
³ Katschnig H et al. (1996). *Der Niederösterreichische Psychiatrieplan 1995*. St. Pölten: NÖ Schriften 87 – Wissenschaft

⁴ Katschnig H et al. (2003). *Evaluation des NÖ Psychiatrieplans 1995*. Wien: Univ. Klinik f. Psychiatrie, <http://cms.noegus.at/images/evaluation-langversion.pdf>; Zugriff 7.2.2010
⁵ Matschnig T et al. (2008): Arbeitsrehabilitation psychisch kranker Menschen – ein Überblick über Erfolgsprädiktoren. *Psychiatrische Praxis* 35, 271-278
⁶ Frühwald S et al. (2006). (Irr-)Wege in die Arbeitswelt – Langzeitergebnisse arbeitsrehabilitativer Einrichtungen für psychisch Kranke der Caritas St. Pölten. *Neuropsychiatrie* 20: 250-256
⁷ Bitter D et al. (2009): Da-Heim im Heim?! Bedeutete Ent-Hospitalisierung auch Ent-Institutionalisierung? *Psychiatrische Praxis* 36, 261-269, 2009
⁸ Klug G et al. (2007): Anforderungen an und Tätigkeitsprofil von FachärztInnen für Psychiatrie in psychosozialen Einrichtungen in Österreich – Rahmenpapier der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie & Psychotherapie (ÖGPP). *Psychiatrie & Psychotherapie* 3/4, 169-173, 2007
⁹ Roick C et al. (2008): Das Gesundheitsverhalten schizophrener erkrankter Menschen: ein typisches Verhaltensmuster? *Neuropsychiatrie* 22, 100-111
¹⁰ Fichtl B et al. (2008): Herausforderung Langzeitperspektive: Fallbericht zur extramuralen Betreuung einer schizoaffektiv erkrankten Mutter mit ihrem Baby. *Psychiatrie & Psychotherapie* 4(4), 133-136
¹¹ Karl B et al. (2006): *Rechtliche Grundlagen der extramuralen Psychiatrie*. NWV, Wien-Graz
¹² Union Européenne des Médecins Spécialistes: Profile of a psychiatrist & Psychiatric services focussed on a community: challenges for the training of future psychiatrists <http://www.uempsychiatry.org/section/reports/2005Oct-PsychiatristProfile.pdf> [Zugriff am 07.02.2010]; <http://www.uempsychiatry.org/board/reports/Chapter6-11.10.03.pdf> [Zugriff am 07.02.2010]
¹³ Europäische Kommission (2005): *Green Paper – Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union* http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf; Zugriff 7.2.2010
¹⁴ Murray C J et al. (Eds.) (1996). *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: Harvard University Press.
¹⁵ *Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG: Planung Psychiatrie 2007: Dokumentation der außerstationären psychiatrischen Versorgung*, S 9
¹⁶ *Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG: Planung Psychiatrie 2008: Evaluation der außerstationären psychiatrischen Versorgung*, S 15



Univ.-Doz. Dr. Stefan Frühwald, Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, ist Ärztlicher Leiter des Psychosozialen Dienstes der Caritas St. Pölten psd.fruehwald@stpoelten.caritas.at

Dr. Wolfgang Grill, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeut, ist Ärztlicher Leiter Psychosozialer Dienst, Club, WG der Psychosoziale Zentren GmbH, Stockerau



Können Sie die beiden auseinanderhalten?

Wir schon.

www.verwechslungausgeschlossen.de