Bezirkskrankenhaus Kempten

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Ulm

Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Peter Brieger

Psychiatrische und psychosoziale Versorgungsstrukturen sowie Krisenprävention und Krisenintervention im südlichen Oberallgäu/ Bayern und im Bezirk Reutte/ Tirol im Vergleich

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Grimm-Halkevopoulos Beate

geboren in Miltenberg

2014

Amtierender Dekan: Prof.Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof.Dr. Peter Brieger

2. Berichterstatter: Prof.Dr.rer.soc. Reinhold Kilian

Tag der Promotion: 13.11.2014

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS **I**

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS **III**

1 EINLEITUNG **1**

1.1 Historie der psychiatrischen Versorgung in Deutschland/ Bayern **1**

1.2 Historie der psychiatrischen Versorgung in Österreich/ Tirol **3**

1.3 Bedeutung der Krisenprävention und Krisenintervention **5**

1.4 Fragestellungen **6**

2 MATERIAL UND METHODIK **8**

2.1 Durchführung der Experteninterviews **8**

2.1.1 Auswahl der Experten 8

2.1.2 Ablauf der Interviews 9

2.1.3 Transkription der Interviews 10

2.2 Methodische Grundlagen **10**

2.2.1 Entwicklung des Interviewleitfadens 10

2.2.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring und ihre Aufgaben 12

2.3 Material und Methodik des European Service Mapping Schedule (ESMS) **17**

3 ERGEBNISSE **23**

3.1 Ergebnisse der mittels ESMS erhobenen Daten **23**

3.2 Ergebnisse Experteninterviews für den Bezirk Reutte **33**

3.2.1 Adäquate psychiatrische und psychosoziale Versorgungsstrukturen 33

3.2.2 Krisenprävention und Krisenintervention 48

3.3 Ergebnisse Experteninterviews für das südliche Oberallgäu **75**

3.3.1 Adäquate psychiatrische und psychosoziale Versorgungsstrukturen 75
3.3.2 Krisenprävention und Krisenintervention 88

4 DISKUSSION 119

4.1 Diskussion der Methodik 119
4.1.1 European Service Mapping Schedule (ESMS) 119
4.1.2 Auswertung der Experteninterviews mittels Inhaltsanalyse nach Mayring 120

4.2 Psychiatrische und psychosoziale Versorgung im Bezirk Reutte 121

4.3 Psychiatrische und psychosoziale Versorgung im südlichen Oberallgäu 133

4.4 Leitgedanken und Grundsätze der Krisenprävention und Krisenintervention 141

4.5 Krisenprävention und Krisenintervention im Bezirk Reutte 145

4.6 Krisenprävention und Krisenintervention im südlichen Oberallgäu 147

4.7 ESMS-Daten der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung 151
4.7.1 Psychiatrische Einrichtungen mit Übernachtung 151
4.7.2 Tagesbetreuung und strukturierte Aktivität 154
4.7.3 Ambulante und kommunale Dienste 155
4.7.4 Selbsthilfe, Angehörige und Betroffene 156
4.7.5 Krisenintervention 156

4.8 Schlussfolgerungen 157

5 ZUSAMMENFASSUNG 165

6 LITERATURVERZEICHNIS 167

ANHANG 177

DANKSAGUNG 209

LEBENSLAUF 210

Abkürzungsverzeichnis

Abt.	Abteilung
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-und Hyperaktivitätssyndrom
begr.	begrenzt
BGBl	Bundesgesetzblatt
Betr.	Betreuung
BI	Beschäftigungsinitiative
BIN	Beratung Information Nachsorge, Beratungsstelle für Abhängigkeitserkrankungen
BKH	Bezirkskrankenhaus
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMZ	Bettenmessziffer
bzw.	beziehungsweise
dh	das heißt
Einricht.	Einrichtung (en)
EPCAT	European Psychiatric Care Assessment Team
ESMS	European Service Mapping Schedule
etc.	et cetera
EW	Einwohnerzahl
ggf.	gegebenenfalls
GPG	Gesellschaft für psychische Gesundheit pro mente

h	Stunde (n)
HaLT-Projekt	Suchtpräventionsprojekt, Alkoholprävention bei Kindern und Jugendlichen
HPE	Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter
ICD	International Classification of Diseases
IV-Vertrag	Vertrag zur integrierten Versorgungsform
jd.	jeder/jede/jedes
k.A.	keine Angabe
kibs	Kontakt-Information-und Beratungsstelle, Kinderschutz e.V., Initiative zur Hilfe und Unterstützung männlicher Opfer sexueller Gewalt
km	Kilometer
LGBl	Landesgesetzblatt
Kontakt und Co	Suchtpräventionsstelle des Jugendrotkreuzes Österreich
LJ	Lebensjahr
LKF	Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
m	Meter
max.	maximal
mind.	mindestens
niedr.	niedrig

OA	Oberallgäu
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖGDG	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst
ÖKAP	Österreichischer Krankenanstaltenplan
Pat.	PatientIn
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PsychKG	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
RE	Reutte
Reha	Rehabilitation
REHA	Rehabilitative Maßnahmen nach dem Tiroler Rehabilitationsgesetz
RIS	Rechtsinformationssystem
RPK	Facheinrichtung zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	sogenannt
SPDi	Sozialpsychiatrischer Dienst

spez.	speziell
SPZ	Sozialpsychiatrisches Zentrum
Tagesbetr.	Tagesbetreuung
TRG	Tiroler Rehabilitationsgesetz
UbG	Unterbringungsgesetz
usw.	und so weiter
WfBM	Werkstatt für Menschen mit Behinderung
WG	Wohngemeinschaft
WHO	World Health Organization
zB	zum Beispiel
zT	zum Teil

1 Einleitung

Zahlreiche Wandlungen im Laufe der letzten fünf bis sechs Jahrzehnte kennzeichneten die historische Entwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen. Insbesondere zwei konträre Einstellungen prägten diese Entwicklung. Einerseits wurden psychisch kranke Menschen möglichst in Langzeitanstalten fernab der Gemeinden verwahrt. Psychisch auffällige Menschen wurden, häufig bedingt durch die negative Faszination einer seelischen Erkrankung, als eine Randgruppe der Gesellschaft angesehen. Die Akzeptanz der Betroffenen als kranke, hilfsbedürftige Menschen war in der Bevölkerung sehr gering. Andererseits beobachtete man in den letzten Jahrzehnten eine Umorientierung in der Betreuung psychisch erkrankter und ausgegrenzter Menschen. Insbesondere die Erkenntnis, dass bestimmte familiäre und wohnortnahe Gegebenheiten zu einer erfolgreichen Reintegration solcher Klienten[1] beitragen konnten, führte zur Entstehung der gemeindenahen beziehungsweise sozialpsychiatrischen Versorgung (Hinterhuber 1998).

1.1 Geschichte und Entwicklung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung in Deutschland und im Speziellen in Bayern

Die deutsche Psychiatrie lag nach dem Ende des zweiten Weltkrieges in Trümmern. Die systematische Vernichtung von mehr als 200000 Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Zeit des Nationalsozialismus war der Beweis für die Missachtung psychisch Kranker sowohl in der allgemeinen Öffentlichkeit als auch in der Fachöffentlichkeit (Kreuzer 2009). Deutschland erholte sich von dieser Phase erst mehrere Jahrzehnte später.

Die Formierung der Psychiatriereform in den siebziger Jahren resultierte vor allem aus den Demokratisierungsbestrebungen der 68er Bewegung, in der die allgemeinen gesellschaftlichen Verhältnisse kritisiert wurden. In dieser Zeit kam es zu einem Umdenken in Bezug auf die Versorgung psychisch kranker Menschen. Im Rahmen der 68er Bewegung wurden unter anderem „antipsychiatrische Positionen“ (Becker et al. 2008, S.41-42) zum Ausdruck gebracht. Insbesondere wurden die katastrophalen Zustände der psychiatrischen Versor-

[1] Aus Gründen der Lesbarkeit wurde neben der männlichen nicht auch die weibliche Bezeichnung aufgeführt. Gemeint sind jedoch in allen Fällen sowohl Frauen als auch Männer.

gung in den fünfziger und sechziger Jahren kritisiert. Diese Versorgungszustände für Menschen mit psychischen Erkrankungen veranlassten den damaligen deutschen Bundestag im Jahre 1971 ein zentrales Reformdokument zu formulieren. Somit nahm die Psychiatrie-Enquete ihren Beginn. Im Jahr 1975 wurde sie verabschiedet. Grundlagen dieser Reform waren einerseits die Durchführung einer kritischen Analyse der psychiatrischen Gesundheitsversorgung und andererseits die Festlegung von Richtlinien, die auf eine Verbesserung des Gesundheitssystems abzielten (Becker et al. 2008, S.32-44).

Die Versorgungsstrukturen sollten gemeindenahe ausgerichtet sein. Das gemeindepsychiatrische Anliegen war sowohl in der „Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigen-Kommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ von 1979 (Deutscher Bundestag 1979, S.9-10) als auch in der Stellungnahme der Bundesregierung zu dem Bericht „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/ psychosomatischen Bereich“ von 1990 (Deutscher Bundestag 1990, S.7-9) eine zentrale Forderung.

Richtet man den Fokus auf Bayern, ist zu erwähnen, dass im Kontext der Psychiatrie-Enquete die bayerische Landesregierung im Jahre 1980 den ersten bayerischen Psychiatrieplan konzipierte. Eine der Kernaussagen dieses Planes war die große Relevanz der Zusammenarbeit aller an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Fachkräfte. Bis in die 80er Jahre hinein gab es in Bayern nur einen marginal ausgestalteten Sozialpsychiatrischen Dienst. Die Mehrheit der psychisch kranken Patienten wurde in großen Kliniken behandelt (Kreuzer 2009).

Das Modellprogramm Psychiatrie, das im Jahre 1980 von der Bundesregierung aufgelegt wurde, sollte in allen Bundesländern Gültigkeit haben. Nach einer primär ablehnenden Haltung des Bundeslandes Bayern wurde dieses Programm, mit der Intention eine möglichst flächendeckende sozialpsychiatrische Versorgung zu ermöglichen, umgesetzt. Die Finanzierung erfolgte zur Hälfte durch den Staat und die Bezirke (Kreuzer 2009).

In den 90er Jahren erfolgte dann im Rahmen des Ausbaus der außerklinischen psychiatrischen Versorgung die Einrichtung der Psychiatrischen Institutsambulanzen.

Der Verband der bayerischen Bezirke entwickelte 1997 ein Rahmenkonzept zur Koordinierung und Vernetzung psychiatrischer Hilfsangebote. In Anlehnung an die Empfehlung der Expertenkommission der Bundesregierung strebte man im Zuge dieses Konzeptes wohn-

ortnahe und vor allem klientenbezogene Angebote in der Betreuung und Rehabilitation an. 2004 begann das Sozialministerium mit der Konzeption des zweiten bayerischen Psychiatrieplanes. Im Rahmen dieser Planung war insbesondere ein personenorientierter Ansatz erkennbar. Die Hilfen sollten sich nicht am vorhandenen Angebot sondern am individuellen Bedarf der Betroffenen orientieren (Kreuzer 2009).

In Folge der Weiterentwicklung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsstrukturen resultierte der Bedarf beziehungsweise die Notwendigkeit der Fortschreibung des zweiten bayerischen Psychiatrieplanes. Insbesondere der Wandel vom institutionszentrierten zum personenzentrierten Therapieansatz war die treibende Kraft für die Konzeption der „Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern“ im März 2007 (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2007).

1.2 Geschichte und Entwicklung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung in Österreich und im Speziellen in Tirol

Ähnlich wie auch in Deutschland markierten die Jahre zwischen 1938 und 1945 den Tiefpunkt der Psychiatriegeschichte in Österreich. Nach mehreren Jahrzehnten der Stagnation in der Entwicklung der Psychiatrie setzte in den 70er Jahren auch in Österreich, wenn auch mit langsamen Schritten, eine Reform in der psychiatrischen Versorgung ein. Ein paar Jahre davor wurde durch den Zusammenschluss der Psychiater die erste wissenschaftliche Gesellschaft mit dem Namen „Verein für Psychiatrie und Neurologie“ in Wien gegründet (Meise et al. 2008).

Der Begriff der „Community Psychiatry“ wurde von den angelsächsischen Ländern übernommen. Dabei wurde die Dezentralisierung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung in den Mittelpunkt aller Bemühungen gestellt. Die Psychiatriereform in Österreich wurde auch durch die Psychiatrie-Enquete 1975 in Deutschland mitgeprägt. Somit wurden Ziele wie die Enthospitalisierung, die Errichtung von komplementären und rehabilitativen Angeboten oder die Entstigmatisierung psychisch Kranker deutlicher formuliert (Meise et al. 2008).

Im Kontext der „frühen Reformphase“ galten die Bemühungen vor allem der Enthospitalisierung sowie der Entwicklung und Etablierung der gemeindenahen Psychiatrie. Die ambulanten sowie rehabilitativen Dienste, die im Sinne von Arbeits-, Tages-und Wohnstrukturen eingerichtet wurden, dienten insbesondere der Versorgung chronisch kranker Klienten (Meise et al. 2008).

Im Rahmen eines „weiteren Reformschrittes“ orientierte sich der Therapieansatz zusehends an den individuellen Behandlungs-und Betreuungsbedürfnissen der psychisch kranken Menschen. Hierdurch wurde das institutionsorientierte Denken durch das personenorientierte ersetzt. Im Jahr 1975 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit der Beirat für psychische Hygiene gegründet. Im Rahmen dessen wurden wichtige Vorgaben zur Optimierung der psychiatrischen Versorgung geleistet (Meise et al. 2008).

Im Jahre 1990 wurden in Innsbruck im Rahmen einer Psychiatrietagung Richtlinien mit dem Ziel erarbeitet, das Recht psychisch kranker Menschen auf eine adäquate psychiatrische Versorgung sowie eine psychiatrische und psychosoziale Rehabilitation in einem Bundesgesetz zu verankern. Ein Jahr später traten wichtige Gesetze, wie das Unterbringungsgesetz 1991, in Kraft (Unterbringungsgesetz-UbG, BGBl. Nr. 155/1990 in der Fassung BGBl. I Nr. 18/2010). Im Jahr 1994 wurde das gesamte Bundesgebiet in Versorgungsregionen gegliedert und der Bedarf an akutpsychiatrischen Betten in jeder Region ermittelt. Mit dem österreichischen Krankenanstaltenplan (ÖKAP) wurde ein Konzept zur psychiatrischen Versorgung unter Berücksichtigung der vorhandenen Sonderkrankenanstalten und psychiatrischen Fachkrankenhäuser erstellt. Der österreichische Krankenanstaltenplan wurde zwischen 1998 und 2003 in Bezug auf den strukturellen Bedarf in der psychiatrischen Versorgung erneut überarbeitet. Insbesondere wurden die maximalen Bettenmessziffern in den Krankenhäusern mit stationären psychiatrischen Kapazitäten, ihre Standorte und die tagesklinischen Plätze festgelegt (Meise et al. 2008).

In Bezug auf das Land Tirol wurde im Jahr 1993 ein Reformplan für die psychiatrische Versorgung konzipiert. 1995 erfolgte die Umsetzung durch die damalige Landesregierung. Anlass zu diesem Reformplan gab eine Aufarbeitung administrativer Daten im Jahr 1989. Dabei zeigte sich, dass die psychiatrische Versorgung in Tirol vor allem auf den stationären Bereich fokussiert war. Es waren sowohl personelle als auch strukturelle Defizite zu beklagen. Insbesondere imponierte ein Ungleichgewicht zwischen Landeshauptstadt und den peripheren Bezirken in Bezug auf stationäre Behandlungseinrichtungen, aber ebenso

auf ambulante und komplementäre Angebote. Eine Regionalisierung psychiatrischer Versorgungseinrichtungen fand kaum statt (Meise et al. 1991).

Sowohl der im Jahre 1993 für Tirol konzipierte Reformplan für die psychiatrische Versorgung als auch die „Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern“ von 2007 (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2007) hatten als zentrale Aufgabe den Aufbau einer regionalisierten, bedarfsgerechten und modernen psychiatrischen Versorgungsstruktur mit stationären, ambulanten und komplementären Leistungsangeboten. Beide psychiatrischen Reformpläne erfassten und prägten die Entwicklungen in ihren jeweiligen territorialen Wirkungsbereichen, also im Bezirk Reutte auf dem Tiroler sowie im südlichen Oberallgäu auf bayerischem Boden.

1.3 Die Bedeutung der psychiatrischen und psychosozialen Krisenprävention und Krisenintervention

Die Krisenintervention als psychiatrische Krisenhilfe sowie die Krisenprävention sind unabdingbare Komponenten der psychosozialen Versorgung in beiden untersuchten europäischen Regionen. Die Bewältigung von psychischen Krisen sowie die Sicherstellung einer adäquaten Krisenhilfe für die betroffenen Klienten ist eine Aufgabe, die nur dann erfolgreich gelöst werden kann, wenn alle relevanten Akteure in der Region gemeinsam und im Sinne der Vorstellungen der Klienten agieren (Regus und Gries 2005, S.15-31). Eine inadäquate Krisenprävention und Krisenintervention führt häufig zu einer Chronifizierung psychischer Erkrankungen.

Im Rahmen der Krisenintervention beziehungsweise-hilfe sollte die gesamte Lebenssituation der Betroffenen berücksichtigt werden. Die Fokussierung alleine auf die krisenauslösende Ursache ist nicht ausreichend. Vielmehr soll auch der gesamte soziale Kontext der Betroffenen wahrgenommen und in die Hilfestellung einbezogen werden. Diese schwierige Aufgabe vor allem in Notfallsituationen erfordert eine adäquate Fachkompetenz. Die Konzeption der Krisenhilfe und-intervention sollte nicht nur auf stationäre Einrichtungen beziehungsweise Akutkrankenhäuser fokussiert sein. Krisenbewältigung sollte nach Möglichkeit im natürlichen Lebenskontext der Betroffenen erfolgen. Erforderlich ist zu diesem Zweck insbesondere ein differenziert ausgebautes System von ambulanten und anderen

komplementären Einrichtungen beziehungsweise Angeboten. Hier sollten die Betroffenen und auch die Angehörigen mittels gezielter Beratung durch psychiatrisch geschultes Personal unterstützt werden (Regus und Gries 2005, S.15-31).

Ein ausreichendes ambulantes Angebot an Krisenhilfe beziehungsweise Krisenintervention verhindert eine häufige und zum Teil kontraproduktive stationäre Aufnahme betroffener Klienten. Dadurch sind auch die Verhinderung mancher vermeidbarer Zwangsunterbringung und die damit oft einhergehende Stigmatisierung möglich. Ambulante Kriseneinrichtungen, die sich durch eine Niederschwelligkeit auszeichnen, stellen häufig die ersten Anlaufstellen (Sozialpsychiatrische Dienste, Psychiatrische Institutsambulanzen, niedergelassene Psychiater) für Klienten in psychischen Krisensituationen dar. Ein rund um die Uhr existierendes Angebot an psychiatrischer Krisenhilfe ist leider in vielen Versorgungsregionen noch kaum vorhanden. Ein weiteres Problem stellt die Tatsache dar, dass aufgrund nicht immer in der Nähe vorhandener Institutionen eine zeitnahe Vermittlung mit Hindernissen verbunden ist (Regus und Gries 2005, S.15-31).

Insgesamt soll versucht werden existente Potentiale durch qualifizierte Planung zu koordinieren, beispielweise durch die Einrichtung eines Case Managers. Ebenso wichtig erscheint eine optimale Kooperation zwischen dem klinischen und außerklinischen Bereich sowie zwischen dem professionellen und nicht-professionellen Bereich. Das ist, zum Beispiel durch eine Erweiterung beziehungsweise Ausweitung der Fortbildungsangebote für alle beteiligten Akteure möglich. Neben Personen mit psychiatrischer Fachkompetenz sollen auch die Angehörigen betroffener Klienten in die Krisenhilfe integriert werden. Die personelle Betreuungskontinuität ist auch aus fachlich-psychiatrischer Sicht von großer Bedeutung (Regus und Gries 2005, S.15-31).

1.4 Fragestellungen

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird mit Hilfe von Experteninterviews und der Datenerhebung mittels des European Service Mapping Schedule (ESMS) der aktuelle Stand der Strukturen und Fallzahlen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung dargestellt (Johnson et al. 1997). Durch Anwendung dieses Standardinstruments ist eine innereuropäische sowie internationale Erfassung von Leistungserbringern in der psychiatrischen Ver-

sorgung möglich. Die Untersuchung legte einerseits den Fokus auf den Bezirk Reutte in Tirol/ Österreich und andererseits auf das südliche Oberallgäu in Bayern/ Deutschland.

Die erste Fragestellung dieser Arbeit beschäftigt sich mit dem Vergleich relevanter Einrichtungen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung zweier benachbarter europäischer Grenzregionen.

Im Rahmen der zweiten Fragestellung richtet sich der Fokus auf eine sehr wichtige Komponente der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung, die Krisenprävention und Krisenintervention. Durch die Auswertung der insgesamt 30 Experteninterviews mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring soll analysiert beziehungsweise beantwortet werden, welche Defizite aber auch Optimierungsmöglichkeiten im Bereich der Krisenprävention und Krisenintervention im südlichen Oberallgäu/ Bayern sowie im Bezirk Reutte/ Tirol bestehen. Bei der Beantwortung dieser Forschungsfrage kommt den unterschiedlichen geographischen und soziodemographischen Gegebenheiten der untersuchten Regionen eine besondere Rolle zu.

2 Material und Methodik

2.1 Durchführung der Experteninterviews

2.1.1 Auswahl der Experten

Es wurden insgesamt 30 Experteninterviews durchgeführt mit der Zielsetzung die Forschungsfrage dieser Arbeit nach dem Optimierungsbedarf und den Optimierungsmöglichkeiten der Krisenprävention und Krisenintervention im südlichen Oberallgäu/ Bayern sowie im Bezirk Reutte/ Tirol zu beantworten.

Die Auswahl der Experten erfolgte mit der Intention eine möglichst breite und umfassende Darstellung der aktuellen Situation der Krisenprävention und Krisenhilfe in beiden Regionen sowie gegebenenfalls Optimierungsvorschläge aus unterschiedlichen fachlichen Blickwinkeln zu erhalten. Dazu wurden Experten der unterschiedlichsten fachlichen Berufsgruppen, die mit der Versorgung psychisch kranker Menschen befasst sind, befragt.

15 Interviews wurden mit Experten mit folgender fachlicher und beruflicher Expertise für den Bezirk Reutte durchgeführt:

Fachärzte für Psychiatrie, stationär: 4

Facharzt für Psychiatrie, niedergelassen: 1

Facharzt für Innere Medizin, stationär: 1

Psychotherapeuten, niedergelassen: 4

Diplom-Sozialarbeiter, ambulant: 2

Kriminalbeamter für Gewalt-und Suchtprävention, Landeskriminalamt: 1

Psychiatriekoordinator für Tirol: 1

Arzt für Allgemeinmedizin, niedergelassen: 1

Weitere 15 Interviews wurden mit Experten für das südliche Oberallgäu durchgeführt mit folgender fachlicher und beruflicher Expertise:

Fachärzte für Psychiatrie, stationär: 3

Fachärzte für Psychiatrie, niedergelassen/ ambulant: 3

Psychotherapeuten, niedergelassen: 1

Diplom-Sozialarbeiter, ambulant: 4

Krankenpflegepersonal, stationär: 1

Psychiatriekoordinator: 1

Sachverständiger Abteilung Soziales, Landratsamt: 1

2.1.2 Ablauf der Interviews

Die Befragung der Experten erfolgte durch die Verfasserin dieser Arbeit im Zeitraum zwischen Juli 2011 und Dezember 2011.

Unmittelbar vor Beginn der Befragung wurde jeder Experte über die Form und Intention der Untersuchung aufgeklärt. Die Befragungen erfolgten anhand eines halbstrukturierten Interviewleitfadens entweder in der häuslichen Umgebung des Befragten oder aber in Krankenhäusern beziehungsweise Institutionen, in denen die Befragten beruflich aktiv sind.

Bis auf zwei Ausnahmen wurden die Interviews simultan sowohl analog auf ein Diktiergerät mit externem 360-Grad-Konferenzmikrofon als auch digital auf einen Audiorekorder Zoom H2 des Tiroler Bildungsinstitutes, Medienzentrum Innsbruck, welcher leihweise zur Verfügung gestellt wurde, aufgezeichnet. Dadurch war eine authentische Wiedergabe der Gesprächsinhalte gewährleistet. Bei einem Interview war aus technischen Gründen die Aufzeichnung nur mittels Tonband möglich. Lediglich bei einem interviewten Experten wurde auf die Aufzeichnung verzichtet, da dieser keine elektronische Aufzeichnung wünschte. Bei diesem Interview wurde, mit Einverständnis des Interviewten, eine handschriftliche Mitschrift des Interviews verfasst. Alle anderen 28 Interviews wurden, wie oben beschrieben, doppelt aufgezeichnet. Sämtliche angefragten Experten waren ausnahmslos sofort bereit sich zur Thematik der Forschungsfrage interviewen zu lassen.

2.1.3 Transkription der Interviews

Zunächst wurden die Interviews von zwei Schreibkräften, jedoch weitgehend unvollständig transkribiert. Da die Transkriptionen weitgehend unvollständig waren, erfolgte die Komplettierung durch die Verfasserin dieser Arbeit. Jedes einzelne Interview wurde mehrfach während und auch nach der Transkription Korrektur gelesen. Dieses Vorgehen hatte den Vorteil, dass sich die Verfasserin intensiv mit den Transkriptionen vertraut machen konnte.

Vorab wurden Transkriptionsregeln gemäß Mayring aufgestellt (Mayring 2010, S.55-60, S.63-71):

- Bitte vollständig und wörtlich transkribieren (Unvollständigkeiten und Wiederholungen belassen).
- Dialektfärbungen werden belassen zum besseren Verständnis des gesprochenen Inhaltes.
- Bei Pausen, Stockungen und Ähnlichem das Zeichen (…) einfügen, wenn der Grund der Pause ersichtlich ist, bitte angeben, zB (Telefon klingelt).
- Auch andere Auffälligkeiten wie Lachen, Räuspern in Klammern angeben.
- Alle anderen nonverbalen Merkmale, die zum inhaltlichen Verständnis wichtig sind, ebenso in Klammern, zB (Mhm) als zustimmende Äußerung.
- Bei Unklarheiten oder unverständlichen Äußerungen bitte das Zeichen (xxx) einfügen, je nach Länge dessen, was nicht verstanden wurde.
- Wenn der Interviewer eine Frage stellt, bitte gesondert kennzeichnen, wie auch die Antworten der Experten.

2.2 Methodische Grundlagen

2.2.1 Entwicklung des Interviewleitfadens

Die Durchführung der Interviews erfolgte anhand eines von der Verfasserin erarbeiteten Interviewleitfadens.

Es wurden im Rahmen der durchgeführten Interviews anhand des Interviewleitfadens unterschiedliche Themenbereiche in Bezug auf die psychiatrische und psychosoziale Versorgung im Bezirk Reutte sowie im südlichen Oberallgäu angesprochen. Der erste Teil des

Interviews verfolgte die Zielsetzung Informationen über die von den Experten für erforderlich gehaltenen allgemeinen psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsstrukturen zu erhalten. Des Weiteren sollten Informationen über die Defizite und möglichen Optimierungsvorschläge der gegenwärtigen Versorgungssituation in beiden Regionen erhalten werden.

Die Auswertung der leitfadenorientierten Experteninterviews zeichnet sich dadurch aus, dass einerseits allen Experten die gleichen Fragen gestellt werden, andererseits die Befragten die Möglichkeit erhalten, frei zu antworten (Kilian und Holzinger 2000, S.9-12).

Im Rahmen dieser offenen Beantwortung kommen die persönlichen Wertungen, Abstufungen und Deutungen der Experten im Hinblick auf die Fragen zum Ausdruck.

Da bei dieser Vorgehensweise und Ablauf die subjektive Meinung der Experten zur Geltung kam, wurde für die vorliegende Arbeit der halbstrukturierte Interviewleitfaden als Befragungsmethode gewählt (Frajo-Apor et al. 2011).

Im Folgenden wird der von der Verfasserin erarbeitete Interviewleitfaden aufgeführt:

- Wie stellen Sie sich eine adäquate psychiatrische und psychosoziale Versorgung vor. Welche Angebote sollte es geben?
- Welche Strukturen der Krisenprävention und Krisen-und Notfallhilfe halten Sie für wichtig beziehungsweise erforderlich?
- Wie beurteilen Sie die derzeitige Krisenprävention beziehungsweise Krisenintervention im Bezirk/ Region?
- Gibt es nach Ihrer Einschätzung Handlungsbedarf im Bereich der Krisenprävention für Menschen mit psychischen Erkrankungen? Was kritisieren Sie an der derzeitigen Situation? Was empfinden Sie als positiv? Welche konkreten Verbesserungsvorschläge haben Sie?
- Wie erleben Sie die Situation im Bereich der Krisen-und Notfallhilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen im außerklinischen Bereich? Gibt es nach Ihrer Einschätzung Handlungsbedarf im Bereich der Krisen-und Notfallhilfe? Was kritisieren Sie an der derzeitigen Situation? Welche konkreten Verbesserungsvorschläge haben Sie zu diesem Bereich?

- Wie erleben Sie die Entlassungsvorbereitung von rückfallgefährdeten Patienten aus der psychiatrischen Klinik? Welchen Handlungsbedarf sehen Sie gegebenenfalls für diesen Bereich? Haben Sie diesbezüglich konkrete Verbesserungsvorschläge?

- Wie schätzen Sie die derzeitige Situation für rückfallgefährdete Patienten nach Entlassung aus der psychiatrischen Klinik ein? Was würden Sie ändern? Haben Sie diesbezüglich konkrete Verbesserungsvorschläge?

- Sind die gegenwärtigen Behandlungszahlen der stationär-psychiatrischen Einrichtungen adäquat? Wäre nach Ihrer Einschätzung eine Erhöhung oder Reduktion stationärer Behandlungen anzustreben? Durch welche Maßnahmen?

- Gibt es weitere noch nicht angesprochene Probleme oder Patientengruppen, bei denen Ihrer Meinung nach ein besonderer Handlungsbedarf insbesondere auch zur Vermeidung oder besseren Bewältigung psychiatrischer Krisen-und Notfallsituationen besteht?

2.2.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring und ihre Aufgaben

Den methodischen Bezugsrahmen für die vorliegende Arbeit bildete die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Bei diesem Analyseverfahren werden die wesentlichen Inhalte der von den Experten abgegebenen Aussagen paraphrasiert, das heißt in einer konzentrierten Form zusammengefasst. Die Entwicklung eines Kategoriensystems erfolgt in einem weiteren Schritt und stellt die Grundoperation der Inhaltsanalyse dar (Kilian und Holzinger 2000, S.11). Im Vergleich zur quantitativen Analyse, bei der es auf die zahlenmäßige Erfassung der Aussagen beziehungsweise Antworten ankommt, basiert die qualitative Analyse primär auf der Interpretation.

Die wichtigsten Aufgabenbereiche der Inhaltsanalyse lassen sich nach Mayring folgendermaßen beschreiben (Mayring 2010, S.22-25):

1. Pilotstudien stellen für nachfolgende Hauptuntersuchungen unbestrittenermaßen ein wichtiges Gebiet für qualitative Analysen dar. Hierbei werden für die geplanten Er-

hebungen und Auswertungen Kategorien sowie Instrumente konstruiert und überarbeitet.

2. Einzelfallstudien sind ein ausgezeichnetes Anwendungsgebiet für die offene deskriptive und interpretative Methodik qualitativer Analysen.

3. Hypothesenfindung und Theorienbildung: Inhalt dieses klassischen Bereichs der qualitativen Forschung ist einerseits die Aufdeckung relevanter Faktoren, andererseits die Konstruktion möglicher Zusammenhänge solcher Faktoren.

4. Vertiefungen: Hierbei können bereits abgeschlossene Studien durch Nachexploration induktiv gefundener statistischer Zusammenhänge, Ergänzungen von Informationen sowie Plausibilitätsüberprüfungen vertieft werden.

5. Prozessanalysen werden angewandt um entscheidende zusätzliche Informationen zur Prozesskonstruktion zu gewinnen.

6. Klassifizierungen ermöglichen durch die Ordnung eines Datenmaterials nach bestimmten Gesichtspunkten die Strukturierung der erhobenen Daten. Als „integrierende Konstrukte bezeichneten Barton und Larzersfeld 1979“ (Mayring 2010, S.24*)* Klassifizierungen auf einem höheren Abstraktionsniveau als das zu beschreibende Material.

7. Theorie und Hypothesenprüfung: Eine wichtige Aufgabe der qualitativen Analyse ist die Überprüfung von Theorien und Hypothesen. Dadurch sind auch bereits fertige Theorien und Kausalitätsannahmen kritisierbar und überprüfbar. Bereits ein einziger Fall kann den Allgemeingültigkeitsanspruch einer Theorie beziehungsweise Hypothese widerlegen.

2.2.2.1 Ablauf und spezielle qualitative Techniken in der Inhaltsanalyse nach Mayring

Im Rahmen der qualitativen Analyse nach Mayring wird aus dem untersuchten Datenmaterial schrittweise ein Kategoriensystem erarbeitet. Dieses Kategoriensystem, das im Zentrum der qualitativen Inhaltsanalyse steht, lässt sich entweder aus dem Datenmaterial (induktiv) oder aus der Theorie (deduktiv) herleiten.

Die Stärke der qualitativen Inhaltsanalyse besteht in der Aufstellung eines Ablaufmodells. Im Zuge dessen erfolgt die Zerlegung des Datenmaterials in Analyseeinheiten, die weiter

bearbeitet werden können. Dadurch ist die Analyse für andere nachvollziehbar und überprüfbar. Sie kann auch auf andere Gegenstände übertragen werden (Mayring 2010, S.59-62).

Das allgemeine Ablaufmodell nach Mayring sieht folgendermaßen aus (Mayring 2010, S.59-62):

Bei Festlegung des Datenmaterials erfolgt anhand der Relevanz für die Beantwortung der Fragestellung eine Eingrenzung des untersuchten Materials.

Bei Analyse der Entstehungssituation werden sämtliche Daten zur Interviewsituation ausgewertet und in der Gesamtanalyse berücksichtigt.

Im Rahmen der formalen Charakterisierung des Materials wird genau festgelegt in welcher Form die erhobenen Daten vorliegen. In den meisten Fällen handelt es sich anbei um Audiodateien sowie um die daraus erarbeitete Transkription.

Bei Richtung der Analyse wird festgelegt worauf sich der Interpretationsfokus richten sollte, zum Beispiel sollten eher kognitive oder emotionale Aspekte betrachtet werden.

Die theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung bestimmt nach welcher Forschungsfrage das Material untersucht wird.

Bei der Bestimmung der Analysetechnik wird festgelegt nach welchen speziellen Analyseverfahren (Zusammensetzung, Explikation oder Strukturierung) oder Verfahrenskombinationen das Material untersucht wird.

Die Definition der Analyseeinheit bestimmt die Kriterien nach denen die Textabschnitte ausgewählt und kategorisiert werden. In diesem Kontext ist die Kodiereinheit (kleinster Materialbestandteil), die Kontexteinheit (größter Materialbestandteil) und Auswertungseinheit (Reihenfolge der Bearbeitung der Textabschnitte) zu erwähnen.

Beim eigentlichen Analysevorgang erfolgt nach der vorgewählten Technik beziehungsweise Techniken die Analyse des Materials.

Bei der abschließenden Interpretation erfolgt die Generalisierung der einzelnen Fälle in Richtung der Hauptfragestellung.

2.2.2.2 Gütekriterien der Inhaltsanalyse

Im Fall der qualitativen Inhaltsanalyse wird zwischen den klassischen (Reliabilität und Validität) und spezifischen Gütekriterien unterschieden. Die spezifischen Gütekriterien werden nachfolgend näher erläutert.

Spezifische inhaltsanalytische Gütekriterien nach Mayring (Mayring 2010, S.116-122):

- Semantische Gültigkeit: Sie steht für die Richtigkeit der aus dem analysierten Material konstruierten Bedeutung. Durch die Kategoriendefinitionen (Kodierregeln, Definitionen) ist eine Überprüfung möglich.
- Stichprobengültigkeit
- Korrelative Gültigkeit: Sie lässt sich nur durch den Vergleich mit Ergebnissen bereits durchgeführter Studien mit ähnlicher Fragestellung überprüfen. Die Validierung erfolgt letztendlich durch Korrelation mit einem Außenkriterium.
- Vorhersagegültigkeit: Wenn sich aus dem analysierten Material Prognosen ableiten lassen, stellt sie ein aussagekräftiges Kriterium dar.
- Konstruktvalidität: Die Überprüfung erfolgt durch bestimmte Kriterien wie beispielsweise repräsentative Expertenmeinungen, Betrachtungen bisheriger Erfolge mit ähnlichen Konstrukten oder durch etablierte Theorien oder Modelle.
- Kommunikative Validierung: Hierbei geht es um die Einigung beziehungsweise Übereinstimmung hinsichtlich der Ergebnisse der Analyse zwischen Forschern und Beforschten.
- Stabilität: Wird durch die wiederholte Anwendung des Analyseinstruments am Material überprüft.
- Intercoderreliabilität: Sie wird durch die Überprüfung beziehungsweise Analyse des Datenmaterials von mehreren Experten erreicht. Hohe Übereinstimmung ist jedoch nur bei unkomplizierten Analysen zu erwarten. Somit wird dieses spezifische Gütekriterium von manchen Autoren in Frage gestellt.
- Reproduzierbarkeit: Sie beschreibt die Gleichartigkeit der Analyseergebnisse, wenn diese unter anderen Umständen und von anderen Forschern durchgeführt werden. Durch die Intercoderreliabilität lässt sich die Reproduzierbarkeit messen.

- Exaktheit: Sie ist das stärkste zugleich aber auch das am schwersten zu überprüfende Reliabilitätsmaß. Mit ihr kommt zum Ausdruck inwieweit die Analyse des Materials einem bestimmten funktionellen Standard entspricht.

Zur Analyse des sprachlichen Materials unterscheidet Mayring drei Grundformen des Interpretierens (Mayring 2010, S.65):

Zusammenfassende Inhaltsanalyse: Durch Abstraktion wird das Gesamtmaterial so reduziert, dass nur die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben. Der auf diese Weise entstehende Korpus stellt immer noch ein Abbild des Grundmaterials dar.

Explizierende Inhaltsanalyse: Durch eine allgemeine lexikalisch-grammatikalische Definition einzelner Textteile aus dem Gesamtmaterial erfolgt deren genaue Interpretation beziehungsweise Erklärung.

Strukturierende Inhaltsanalyse: durch Einordnen des kompletten Datenmaterials in ein Raster von vorab definierten Kategorien erfolgt die Strukturierung des Gesamtmaterials.

In der vorliegenden Arbeit wurde von der Verfasserin als Grundform des Interpretierens die zusammenfassende Inhaltsanalyse und induktive Kategorienbildung nach Mayring angewandt (Mayring 2010, S.68).

In den ersten Schritten wurden alle nicht inhaltstragenden Textbestandteile, zum Beispiel ausschmückende und wiederholende Wendungen gestrichen. Anschließend erfolgte die Umformulierung der inhaltstragenden Textstellen in eine grammatikalische Kurzform (Paraphrasierung). Dadurch wurde ein einheitliches Sprachniveau hergestellt (Mayring 2010, S.70).

Im weiteren Verlauf wurde ein Abstraktionsniveau definiert beziehungsweise festgelegt und die Gegenstände der Paraphrasen auf diese Abstraktionsebene generalisiert (Generalisation). Bei diesem Arbeitsabschnitt wurden paraphrasierte Materialeinheiten, die innerhalb der Auswertungseinheiten bedeutungsgleich und auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht wesentlich inhaltstragend waren, ausgestrichen (erste Reduktion).

In einem zweiten Reduktionsschritt erfolgte die Bündelung der Paraphrasen mit dem gleichen Inhalt. Aufgrund der großen Materialmenge war es nicht immer möglich die inhaltstragenden Textstellen zu paraphrasieren. Hier wurden mehrere Analyseschritte zusammengefasst (Mayring 2010, S.69-70).

Die Definition der Kategorien als zentraler Schritt dieser Arbeit erfolgte induktiv. Das bedeutet, dass die Kategorien direkt aus dem Material abgeleitet wurden.

Im Ablauf der Inhaltsanalyse der vorliegenden Arbeit wurden diese Regeln beachtet und immer wieder die Zielsetzung der Analyse auf die Forschungsfrage ausgerichtet.

2.3 Material und Methodik des European Service Mapping Schedule (ESMS)

Die Datenerhebung hatte im südlichen Oberallgäu und auch im Bezirk Reutte das Ziel möglichst vollständig, soweit erreichbar, die Strukturen und Fallzahlen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung darzustellen. Ziel war es, mit der vorliegenden Arbeit in beiden Regionen nach Möglichkeit sämtliche für die Region versorgungsrelevanten Einrichtungen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung anhand der Fallzahlen zu erfassen. Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum zwischen April 2011 und Oktober 2011.

Als Instrument der Erhebung wurde das ESMS (European Service Mapping Schedule) angewandt.

Durch die Arbeit der EPCAT (European Psychiatric Care Assessment Team)-Gruppe wurde im Jahr 1997, von der europäischen Union gefördert, das ESMS entwickelt (Johnson et al. 1997; Johnson et al. 2000; Johnson und Salvador-Carulla 1998). Neben der ursprünglichen englischen entstand im Rahmen einer Dissertationsarbeit auch die deutsche Version des Manuals (Wetzig 2004, S.31-33).

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde sowohl anhand der englischen Version als auch unter Einbezug der deutschen Version zunächst ein Datenerhebungsbogen in elektronischer Form erstellt (Datenerhebungsbogen siehe Anhang S.184).

Das ESMS stellt ein Standardinstrument dar mit dessen Hilfe die psychiatrische Versorgung innerhalb Europas aber auch international erfasst und verglichen werden kann (Ungewitter et al. 2010, S.18-20). Dadurch ist auch die Vergleichbarkeit sehr unterschiedlicher Versorgungsstrukturen möglich. Im Rahmen dessen ist die Erfassung aller Einrichtungen möglich, die die Versorgung psychisch kranker Menschen in einer bestimmten Region und in einer bestimmten Altersgruppe gewährleisten. Dabei erfolgt die Zuordnung der Einrichtungen anhand ihrer Funktion im Versorgungssystem in bestimmten Kategorien (Böcker et al. 2001; Brieger et al. 2003).

Das ESMS orientiert sich einerseits an den Oberrubriken, zum Beispiel gemeindepsychiatrische und ambulante Angebote, Krankenhausbehandlung, tagesstrukturierende Tätigkeiten, andererseits an konkreten Leistungen. Daraus resultiert häufig ein hermeneutisches Problem bei der Einordnung (Ungewitter et al. 2010, S.18-20).

Das ESMS ermöglicht folgende Darstellungen der psychiatrischen Versorgung (Wetzig 2004, S.31-32):

- „Erstellen einer Übersicht der an der Versorgung beteiligten Einrichtungen eines bestimmten Gebietes anhand der Eigenschaften der Einrichtungen; es werden alle Einrichtungen unabhängig des Trägers berücksichtigt
- Darstellung von Veränderungen der Versorgungslandschaften in einem bestimmten Gebiet über eine bestimmte Zeit
- Beschreibung und Vergleich der Versorgungsstruktur und des Versorgungsstandes zwischen Gebieten
- Messung und Vergleich zwischen Gebieten hinsichtlich der Bereitstellung der wichtigsten Versorgungsstrukturen.“

Die vier Teilbereiche des ESMS mit den dazu gehörigen Zuordnungsregeln sind (Wetzig 2004, S.32):

- „Einführende Fragen: Beschreibung des Gebietes und der Bevölkerung, für welche die Übersicht erstellt werden soll.
- Versorgungsbäume: standardisierte Beschreibung der einzelnen Versorgungsaufgaben, die eine Einrichtung haben muss, um einer bestimmten Kategorie zugeordnet werden zu können.
- Nutzungshäufigkeiten: standardisierte Methode zur Erfassung der quantitativen Nutzung der einzelnen Einrichtungstypen.
- Inventar der Einrichtungen: detaillierte Beschreibung der einzelnen Einrichtungen“.

Erfassung der Einrichtungen:

Für die Datenerfassung wurden die beiden Untersuchungsregionen wie folgt definiert:

1. Bezirk Reutte als Bestandteil der Tiroler Versorgungsregion West (Imst, Landeck, Reutte). Laut Statistik Austria 2011 umfasste der Bezirk Reutte 37 Gemeinden mit einer Einwohnerzahl von 31738 (Amt der Tiroler Landesregierung 2012). Diese Einwohnerzahl wurde bei der Umrechnung der mittels Datenfragebogen erhaltenen Fallzahlen auf 100000 Einwohner verwendet.

2. In der Region des südlichen Oberallgäus mit den Postleitzahlen 875… betrug am 30.06.2011 der Bevölkerungsstand der 14 Städte beziehungsweise Gemeinden 78007 Einwohner (Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung 2012). Diese Einwohnerzahl wurde für die Umrechnung der durch den ESMS-Fragebogen erhobenen Fallzahlen auf 100000 verwendet.

Diese beiden Regionen wurden gewählt, da es sich um ähnlich strukturierte ländliche, bevölkerungsschwache Gebiete ohne eigenes psychiatrisches Krankenhaus handelt.

Im Rahmen des ESMS können die Kriterien zur Definition einer bestimmten Region unterschiedlich gewählt werden, zum Beispiel Verwaltungsstrukturen oder auch geographische Grenzen (Ungewitter et al. 2010, S.18-20).

Die Erfassung der Einrichtungen sowie der relevanten Daten in den beiden oben beschriebenen Regionen erfolgte telefonisch oder insbesondere überwiegend via Mail mittels eines von der Verfasserin erarbeiteten elektronischen Fragebogens (Datenerhebungsbogen siehe Anhang S.184).

Zu erwähnen ist auch, dass die Erhebung der Daten der Einrichtungen durch deren Mitarbeiter freiwillig und unentgeltlich erfolgte.

Im Rahmen dieser Arbeit wurden nur Einrichtungen berücksichtigt, die spezifische Angebote für psychisch kranke Menschen vorhalten. Dabei handelte es sich um alle Einrichtungen einer definierten Versorgungsregion. Aber auch Einrichtungen außerhalb der definierten Region wurden einbezogen, sofern sie Angebote für psychisch kranke Menschen aus den Untersuchungsregionen zur Verfügung stellten, die innerhalb der Region nicht vorhanden waren (Ungewitter et al. 2010, S.22-24).

Dabei wurden nicht nur öffentliche Einrichtungen, sondern auch Einrichtungen in privater Trägerschaft berücksichtigt. Die Auswahl der erfassten relevanten Versorgungseinrichtungen erfolgte mit Unterstützung der befragten Experten.

Somit ist es unwahrscheinlich, dass relevante Versorgungseinrichtungen in den beiden Regionen unberücksichtigt blieben. Allerdings kann durch diese Vorgehensweise keine Vollständigkeit der Erfassung garantiert werden (Ungewitter et al. 2010, S.22-24).

Mit Hilfe von Adressenlisten, erstellt durch den Bezirk Schwaben, durch die Psychiatriekoordinatoren beider Regionen sowie weiteren Experten der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung, wurden die für diese Arbeit relevanten Einrichtungen in beiden Regionen erfasst.

Einige wenige Einrichtungen reagierten auch auf wiederholte Nachfragen nicht oder lehnten die Herausgabe von Daten explizit ab. Diejenigen Einrichtungen, die für die Mitarbeit gewonnen werden konnten, übermittelten die Angaben zum größten Teil via Mail oder teilweise telefonisch.

Von den rückübermittelten Datenfragebögen waren alle Fragebögen vollständig ausgefüllt worden und konnten somit alle in die Auswertung einbezogen werden.

Vor Versand der Fragebögen an die versorgungsrelevanten Einrichtungen wurde zunächst eine elektronische Form des ESMS-Manuals von der Verfasserin erarbeitet (Datenerhebungsbogen siehe Anhang S.184). Dieser Fragebogen wurde mit ausführlichen Erläuterungen ergänzt, um den Einrichtungen die Eingruppierung in die entsprechende Kategorie zu erleichtern. Die Verfasserin stand für Rückfragen jederzeit zur Verfügung. Durch dieses Vorgehen konnte erreicht werden, dass eine korrekte Zuordnung der Einrichtungen durch die Einrichtung selbst gewährleistet wurde. Es wurden Datenfragebögen getrennt für beide Regionen versandt.

Zu Beginn des Fragebogens wurden die Einschlusskriterien der Untersuchung beschrieben:

- Die Erhebung bezieht sich auf die Versorgungsregionen **Bezirk Reutte/ südliches Oberallgäu**
- **Alter der** Patienten/ Klienten : **18. LJ bis inklusive 65. LJ**
- **Bitte Patienten mit folgenden Diagnosen berücksichtigen:**

<u>Tabelle 1</u>: Einschlusskriterien der Patienten/ Klienten nach ICD 10-Diagnosen (Bundesministerium für Gesundheit 2012):

Fälle mit vorrangiger Erkrankung aus der ICD 10-Diagnosegruppe:
F00-09 (Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen)
F10-19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen)
F20-29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen)
F30-39 (Affektive Störungen)
F40-48 (Neurotische, Belastungs-und somatoforme Störungen)
F50-59 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren)
F60-69 (Persönlichkeits-und Verhaltensstörungen)
F99 (Nicht näher bezeichnete psychische Störungen)

- **<u>nicht einbezogen:</u>** F70-F79 (Intelligenzminderung), falls alleinige psychische Diagnose

Um der Forschungsfrage nach den erforderlichen Strukturen zur Krisenprävention und Krisenhilfe näher zu kommen, wurde ergänzend die Frage nach der Häufigkeit von Krisensituationen sowie der Zahl an Zwangseinweisungen pro Jahr gestellt. Des Weiteren wurde, falls eine Notfallversorgung durch die Einrichtung angeboten wurde, nach der Art der Notfallversorgung gefragt. Hierzu wurden die verschiedenen Möglichkeiten eines Krisenangebotes als Antwortkategorien vorgegeben. Im Anhang werden exemplarisch die Fragen zur Krisenintervention sowie die Antwortkategorien für die Notfallversorgung angeführt (Datenerhebungsbogen siehe Anhang S.184).

Durch das ESMS werden die psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsstrukturen in verschiedene Kategorien eingeteilt. Das ESMS erfasst die Fallzahlen der einzelnen Einrichtungen für unterschiedlich lange Zeitintervalle (Tag/ Monat/ Quartal) je nach Einrichtungstyp. Erfüllt eine Einrichtung mehrere unterschiedliche Funktionen, wird diese Einrichtung auch mehrfach aufgeführt und zugeordnet.

Gemäß ESMS-Manual werden die im Anhang beschriebenen Kategorien an Einrichtungen unterschieden und hinsichtlich ihrer Fallzahlen erfasst.

Zur möglichst vollständigen Erfassung aller versorgungsrelevanten psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen wurden in beiden untersuchten Regionen mehrere Experten befragt. Allen durch diese Erhebung erhaltenen Einrichtungen wurde ein ESMS-Fragebogen zugesandt.

Für diese Arbeit erschien das ESMS-Manual, vor allem unter dem Aspekt der Ermöglichung eines länderübergreifenden Vergleichs der psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsstrukturen, als ein geeignetes Instrument.

Die erhaltenen Daten werden im Kapitel Ergebnisse dargestellt und nachfolgend die Ergebnisse vergleichend zwischen beiden Untersuchungsregionen diskutiert.

3 Ergebnisse

3.1 Ergebnisse ESMS-Daten

Die Zahlen an Klienten beziehungsweise Fällen wurden aus allen von den Einrichtungen erhaltenen Fragebögen gemäß der ESMS-Einteilung in Tabellenform gesammelt und gegenübergestellt.

Die aus den Einrichtungen erhaltenen Daten wurden gemäß der ESMS-Kriterien in folgende 4 Kategorien eingeteilt:

1. psychiatrische Einrichtungen mit Übernachtung (R)

2. ambulante und kommunale Dienste (O)

3. Tagesbetreuung und strukturierte Aktivität (D)

4. Selbsthilfe, Angehörige und Betroffene (S)

Gemäß den Einteilungen des ESMS wurde zunächst für die psychiatrischen Einrichtungen mit Übernachtung eine Unterteilung in die Untergruppen R1-R13 für Reutte sowie das südliche Oberallgäu aufgestellt. Den folgenden Tabellen sind die Anzahlen an Einrichtungen der beiden Regionen, aus denen eine Datenerhebung möglich war, zu entnehmen. Die angeführten Fälle bei den psychiatrischen Einrichtungen mit Übernachtung wurden auf 100000 Fälle pro Tag umgerechnet. In den 37 Gemeinden des Bezirkes Reutte betrug 2011 die Einwohnerzahl 31738. Am 30.06.2011 betrug der Bevölkerungsstand der 14 Städte beziehungsweise Gemeinden des südlichen Oberallgäus 78007 Einwohner.

<u>Tabelle 2</u>: Psychiatrische Einrichtungen mit Übernachtung (R) gemäß ESMS (European Services Mapping Schedule) [2]

ESMS	Einrichtung	Anzahl Einrichtungen südliches OA	Fälle/ 100000/ Tag südliches OA	Anzahl Einrichtungen Reutte	Fälle/ 100000/ Tag Reutte
R1	**Speziell gesicherte Unterbringung**	**1**	**10,16**	**2**	**6,32**
R2	**Krankenhaus akut**	**5**	**34,29**	**4**	**50,56**
R3	**Krankenhaus nicht-akut**	**0**	**0**	**0**	**0**
R4	**Krankenhaus, nicht-akut, zeitlich begrenzter Aufenthalt, Betr. rund um Uhr**	**4**	**16,51**	**1**	**3,16**
R5	**Krankenhaus, nicht-akut, zeitlich begrenzter Aufenthalt, Betr. nur am Tag, jeden Tag**	**1**	**19,05**	**0**	**0**
R6	**Krankenhaus nicht-akut, Verweildauer offen, Betr. rund um Uhr**	**1**	**1,27**	**0**	**0**
R7	**Krankenhaus nicht-akut, Verweildauer offen, Betr. nur am Tag, jd. Tag**	**0**	**0**	**0**	**0**
R8	**Andere Einrichtung, nicht-akut, zeitlich begrenzt, Betr. rund um Uhr**	**6**	**8,89**	**2**	**3,16**
R9	**Andere Einrichtung nicht-akut, zeitlich begrenzt, Betr. nur am Tag, jd. Tag**	**0**	**0**	**2**	**6,32**
R10	**Andere Einrichtung, nicht-akut, zeitlich begr., Betr. nur am Tag, nicht jd. Tag**	**0**	**0**	**2**	**6,32**

[2] Es wurden auch Einrichtungen berücksichtigt, die zwar nicht in den untersuchten Regionen ansässig sind, jedoch für Patienten aus diesen Regionen versorgungsrelevant sind.

R11	**Andere Einrichtung, nicht-akut, Verweildauer offen, Betr. rund um Uhr**	**2**	**54,61**	**6**	**25,28**
R12	**Andere Einrichtung, nicht-akut, Verweildauer offen, Betr. nur am Tag, jd. Tag**	**0**	**0**	**0**	**0**
R13	**Andere Einrichtung, nicht-akut, Verweildauer offen, Betr. nur am Tag, nicht jeden Tag**	**0**	**0**	**0**	**0**

<u>Tabelle 3:</u> Zusammenfassende Tabelle der psychiatrischen Einrichtungen mit Übernachtung (R) [3]

Psychiatrische Einrichtung mit Übernachtung	Anzahl Einrichtungen Südliches Oberallgäu	Fälle/ 100000/ Tag südliches Oberallgäu	Anzahl Einrichtungen Reutte	Fälle/ 100000/ Tag Reutte
Speziell gesicherte Unterbringung	**1**	**10,16**	**2**	**6,32**
Akut	**5**	**34,29**	**4**	**50,56**
Nicht-Akut, Krankenhaus oder andere Einrichtung	**9**	**43,18**	**3**	**6,32**
Nicht-akut, Wohnen	**5**	**57,15**	**10**	**37.92**

[3] Es wurden auch Einrichtungen berücksichtigt, die zwar nicht in den untersuchten Regionen ansässig sind, jedoch für Patienten aus diesen Regionen versorgungsrelevant sind.

Als zweite Gruppe wurden, gemäß der Vorgaben des ESMS, die ambulanten und kommunalen Dienste aufgeführt. Hier erfolgte eine Einteilung in die Untergruppen O1 bis O10. Aufgeführt wurde die Anzahl der Einrichtungen aus denen mittels des zugesandten Fragebogens Daten erhältlich waren. Für die ambulanten und kommunalen Dienste wurden die Zahlen der Patienten pro 100000 pro Quartal angegeben und gegenübergestellt.

Tabelle 4: Ambulante und kommunale Dienste (O) gemäß des ESMS[4]

ESMS	Ambulante und kommunale Dienste	Anzahl Einrichtungen südliches Oberallgäu	Patienten/ 100000/ Quartal südliches Oberallgäu	Anzahl Einrichtungen Reutte	Patienten/ 100000/ Quartal Reutte
O1	Notfallversorgung mobil, rund um Uhr	4	17,78	0	0
O2	Notfallversorgung mobil, begrenzte Öffnungszeiten	4	115,57	1	9,48
O3	Notfallversorgung ortsfest, rund um Uhr	1	427,99	0	0
O4	Notfallversorgung ortsfest, begrenzte Öffnungszeiten	1	76,20	1	6,32
O5	Dauerbetreuung mobil, hohe Intensität	9	73,66	2	15,80
O6	Dauerbetreuung mobil, mittlere Intensität	3	78,74	1	69,52
O7	Dauerbetreuung mobil, niedrige Intensität	1	Keine Angabe möglich	1	9,48
O8	Dauerbetreuung ortsfest, hohe Intensität	0	0	2	15,80
O9	Dauerbetreuung ortsfest, mittlere Intensität	2	453,39	2	334,96
O10	Dauerbetreuung ortsfest, niedrige Intensität	2	76,20	3	41,08

[4] Es wurden auch Einrichtungen berücksichtigt, die zwar nicht in den untersuchten Regionen ansässig sind, jedoch für Patienten aus diesen Regionen versorgungsrelevant sind.

<u>Tabelle 5</u>: Zusammenfassung der ambulanten und kommunalen Dienste (O)[5]

Ambulante und kommunale Dienste	Anzahl Einrichtungen südliches Oberallgäu	Patienten/ 100000/ Quartal südliches Oberallgäu	Anzahl Einrichtungen Reutte	Patienten/ 100000/ Quartal Reutte
Notfallversorgung mobil	**8**	**133,35**	**1**	**9,48**
Notfallversorgung ortsfest	**2**	**504,19**	**1**	**6,32**
Dauerbetreuung mobil	**12**	**152,40**	**2**	**94,80**
Dauerbetreuung ortsfest	**4**	**529,59**	**5**	**391,84**

[5]Es wurden auch Einrichtungen berücksichtigt, die zwar nicht in den untersuchten Regionen ansässig sind, jedoch für Patienten aus diesen Regionen versorgungsrelevant sind.

Als dritte große Gruppe wurden die Tagesbetreuungen und strukturierten Aktivitäten aufgeführt. Auch hier erfolgte eine Unterteilung gemäß ESMS in die Untergruppen D1 bis D9. Auch in diesem Bereich wurden die Anzahlen an Einrichtungen angegeben, aus denen Daten erhältlich waren. Die Patientenzahlen wurden in 100000 pro Monat im Vergleich zwischen südlichem Oberallgäu und Reutte angegeben.

Tabelle 6: Tagesbetreuung und strukturierte Aktivität (D) gemäß European Service Mapping Schedule (ESMS) [6]

ESMS	Tagesbetreuung und strukturierte Aktivität	Anzahl Einrichtungen südliches Oberallgäu	Patienten/ 100000/ Monat südliches Oberallgäu	Anzahl Einrichtungen Reutte	Patienten/ 100000/ Monat Reutte
D1	Akut	1	10,16	2	3,16
D2	Nicht-akut, hohe Intensität, geschützte Arbeit	0	0	0	0
D3	Nicht-akut, hohe Intensität, arbeits-ähnliche Beschäftigung	2	109,22	0	0
D4	Nicht-akut, hohe Intensität, andere strukturierte Tätigkeit	0	0	2	69,52
D5	Nicht-akut, hohe Intensität, soziale Kontakte	0	0	0	0
D6	Nicht-akut, niedrige Intensität, geschützte Arbeit	0	0	0	0
D7	Nicht-akut, niedrige Intensität, arbeitsähnliche Beschäftigung	0	0	0	0
D8	Nicht-akut, niedrige Intensität, andere strukturierte Tätigkeit	0	0	1	53,72
D9	Nicht-akut, niedrige Intensität, soziale Kontakte	0	0	0	0

[6] Es wurden auch Einrichtungen berücksichtigt, die zwar nicht in den untersuchten Regionen ansässig sind, jedoch für Patienten aus diesen Regionen versorgungsrelevant sind.

Tabelle 7: Zusammenfassung der Einrichtungen zur Tagesbetreuung und strukturierten Aktivität (D)[7]

Tagesbetreuung, strukturierte Aktivität	Anzahl Einrichtungen südliches Oberallgäu	Patienten/ 100000/ Monat südliches Oberallgäu	Anzahl Einrichtungen Reutte	Patienten/ 100000/ Monat Reutte
Akut	**1**	**10,16**	**2**	**3,16**
Nicht-akut, hohe Intensität	**2**	**109,22**	**2**	**69,52**
Nicht-akut, niedrige Intensität	**0**	**0**	**1**	**53,72**
Nicht-akut, gesamt	**2**	**109,22**	**3**	**123,24**

Den vierten Bereich stellen die Selbsthilfegruppen für Angehörige und Betroffene dar. Auch hier wurden die Zahlen an Einrichtungen, aus denen Daten rückgemeldet wurden, angegeben sowie die Kontakte pro 100000 pro Quartal im Vergleich zwischen südlichem Oberallgäu und Reutte.

Tabelle 8: Selbsthilfe, Angehörige und Betroffene (S)

		Zahl Einrichtungen südliches Oberallgäu	Kontakte/ 100000/ Quartal Oberallgäu	Zahl Einrichtungen Reutte	Kontakte/100000/ Quartal Reutte
S1	**Selbsthilfe Betroffene**	**2**	**58,42**	**3**	**88,48**
S2	**Angehörige**	**1**	**127,00**	**2**	**158,00**

[7] Es wurden auch Einrichtungen berücksichtigt, die zwar nicht in den untersuchten Regionen ansässig sind, jedoch für Patienten aus diesen Regionen versorgungsrelevant sind.

Mittels des an die Einrichtungen übermittelten Datenfragebogens wurde auch die Anzahl an Krisensituationen beziehungsweise Zwangseinweisungen erhoben.

Tabelle 9: Zahl an Krisensituationen und Zwangseinweisungen pro Jahr in den einzelnen Einrichtungen im Bezirk Reutte und im südlichen Oberallgäu (k.A.: keine Angabe)

Einrichtung laut ESMS-Code	Zahl an Krisensituationen im Jahr 2010/ pro Einrichtung in Reutte	Zahl an Zwangseinweisungen im Jahr 2010/ pro Einrichtung in Reutte	Einrichtung laut ESMS-Code	Zahl an Krisensituationen im Jahr 2010/ pro Einrichtung im südlichen Oberallgäu	Zahl an Zwangseinweisungen im Jahr 2010/ pro Einrichtung im südlichen Oberallgäu
R1	k.A.	k.A.	**R1**	k.A.	k.A.
R1	k.A.	k.A.	**R2**	15	k.A.
R2	k.A.	k.A.	**R2**	300	0
R2	k.A.	k.A.	**R4**	k.A.	k.A.
R2	k.A.	10	**R4**	k.A.	k.A.
R2	k.A.	k.A.	**R4**	7	0
R4	k.A.	k.A.	**R4**	k.A.	0
R8	0	0	**R5**	3	0
R8	k.A.	k.A.	**R6**	0	0
R9	k.A.	k.A.	**R8**	0	0
R10	k.A.	k.A.	**R8**	0	0
R11	k.A.	k.A.	**R8**	k.A.	k.A.
R11	4	1	**R8**	0	0
R11	6	0	**R8**	k.A.	k.A.
R11	k.A.	k.A.	**R8**	5	0
			R11	100	0
			R11	3	0

D4	10	2	**D1**	300	0
D8	12	0	**D3**	25	3
D4	4	0	**D3**	k.A.	k.A.
O2	10	1	**O5**	k.A.	k.A.
O4	5	0	**O2**	k.A.	k.A.
O5	5	0	**O5**	300	0
O5	k.A.	1	**O10**	30	4
O6	40	2	**O4**	30	4
O7	5	0	**O5**	5	0
O8	k.A.	k.A.	**O9**	3	0
O8	4	1			
O9	5	0			
O9	1	0			
O10	1	0			
O10	0	0			
O10	k.A.	k.A.			

Einrichtungen zur Krisenversorgung und Notfallhilfe

Im Rahmen der Erhebung der Daten für das ESMS wurde auch die Frage nach den Möglichkeiten der Krisen-und Notfallversorgung für psychiatrische Notfallsituationen, die von den ambulanten und kommunalen Diensten angeboten werden, gestellt. Die im Folgenden angegebenen Notfallversorgungsmöglichkeiten wurden von den jeweiligen Einrichtungen selbst im Fragebogen angekreuzt.

Tabelle 10: Arten an Krisenangeboten in den ambulanten und kommunalen Einrichtungen (O)

Art des Krisenangebotes	Zahl der Einrichtungen mit diesem Angebot in Reutte	Zahl der Einrichtungen mit diesem Angebot im südlichen Oberallgäu
Bietet Krisenbewältigung an	1	1
Krisenbewältigung durch spezialisiertes Behandlungsteam	0	0
Krisenbewältigung neben nichtakuter Betreuung	1	1
Krisenbewältigung in Notaufnahmesituationen	0	0
Krisenbewältigung schließt Hausbesuche ein	1	1
Krisenbewältigung mit Intensivbetreuung zuhause	0	0
Kontinuierliche Behandlung mit Hausbesuchen	1	1
Aufsuchende Betreuung	1	1
Frühintervention bei psychotischen Störungen	0	1

3.2 Ergebnisse Experteninterviews für den Bezirk Reutte

Exemplarisch sind einige aus den Experteninterviews übernommene Zitate wortgetreu jeweils in kursiver Schrift in den nachfolgenden Kapiteln aufgeführt. Dabei handelt es sich um ausgewählte Ausschnitte der jeweiligen Originalzitate.

3.2.1 Adäquate psychiatrische und psychosoziale Versorgungsstrukturen im Bezirk Reutte

In dieser Hauptkategorie werden diejenigen psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsstrukturen (Einrichtungen und Dienste) angeführt, die für eine bedarfsgerechte Versorgung und Hilfeleistung psychisch kranker Menschen von den interviewten Experten für erforderlich gehalten werden.

In den folgenden beiden Kategorien 3.2.1.1 und 3.2.1.2 werden einerseits die Allgemeinpsychiatrie und andererseits die fachspezifischen Bereiche Kinder-und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Migranten, Gerontopsychiatrie sowie Suizide aufgeführt.

3.2.1.1 Allgemeinpsychiatrische und psychosoziale Versorgungsstrukturen

3.2.1.1.1 Arten der Versorgungseinrichtungen

3.2.1.1.1.1 Hilfen zur stationären Unterstützung

Es wird insbesondere Wert auf eine flexible Bedarfsplanung gelegt sowie einen flexiblen Einsatz von zusätzlichen fallweise notwendigen Unterstützungen. Es sind auch Hilfen zur stationären Unterstützung, tagesklinisch und auch vollklinisch erforderlich.

Die zentralen stationär-psychiatrischen Einrichtungen befinden sich in Hall und Innsbruck (Entfernungen siehe Tabellen 13, 14) und sind für den Bezirk Reutte zuständig.

Wichtig für eine adäquate psychiatrische Versorgung sind stationär-psychiatrische Betten, gemeindenah, beispielsweise am Bezirkskrankenhaus Reutte angesiedelt.

… und dazu eben eine dezentrale psychiatrische Abteilung, i glaube, dass die auch für unseren Bezirk ah notwendig wäre…

Des Weiteren sind stationäre Suchteinrichtungen sowohl zum Entzug als auch zur Entwöhnung erforderlich.

Eine psychotherapeutische Abteilung ist im stationären Bereich wichtig, ebenso wie stationär-psychosomatische Rehabilitationseinrichtungen.

… niedrig-,ja, schwelligen Angebote im stationären Bereich gibt, zum Beispiel psychosomatische Reha-Kliniken…

Heimstrukturen beziehungsweise längerfristige Einrichtungen für Kinder und Jugendliche sowie auch gerontopsychiatrische Einrichtungen sind erforderlich.

Eine geschlossene Aufnahmemöglichkeit ist erforderlich. Diese kann sich jedoch durchaus im Zentralraum (Innsbruck, Hall, Entfernungen siehe Tabellen 13, 14) befinden und muss nicht wohnortnah im Bezirk Reutte angeboten werden.

3.2.1.1.1.2 Ambulante und kommunale Dienste

Im Bereich der ambulanten, fachspezifischen Hilfen sind auch ambulante Suchteinrichtungen erforderlich sowie niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten, wobei insbesondere auf die freie Wahlmöglichkeit für den Klienten hingewiesen wird.

Ein Ambulatorium am besten angesiedelt am regionalen Krankenhaus wird für erforderlich gehalten, ebenso wie auch niedergelassene Psychologen und Psychotherapeuten. Im regionalen Krankenhaus soll ein psychiatrischer Konsiliar-und Liaisondienst installiert werden.

... was für uns ganz wichtig wäre, wäre also eben diese regionale Versorgung, dass es also irgendwas gibt im Sinne zumindest aner, einer Tagesklinik oder einer Ambulanz…

Mehrfach erwähnt und für erforderlich gehalten werden multidisziplinäre Teams bestehend aus Fachärzten für Psychiatrie, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern und psychiatrischem Krankenpflegepersonal.

Ein Case Manager soll die Organisation solcher Teams übernehmen.

… Also das Case Management ist die zentrale Sicherstellung, dass alle Menschen, die psychiatrische Hilfe benötigen auch einen für sie zuständigen Case Manager hobn…

Für die ambulante Unterstützung psychisch kranker Menschen sind Hilfen zur selbständigen Lebensführung erforderlich, wie auch Unterstützungen beim Wohnen in verschiedensten Formen.

Diese Unterstützungen sollen in unterschiedlichen Formen und Ausprägungen angeboten werden, beispielsweise als aufsuchende Betreuung in vorhandenen, bereits bestehenden Wohnsituationen, Wohngemeinschaften in unterschiedlichen Größen, Wohnheime und Notfallwohnungen für Erwachsene sowie auch für Kinder und Jugendliche.

Insbesondere sollen aufsuchende Dienste gerade auch für Krisensituationen installiert werden.

In jeder Region sind möglichst niederschwellige Beratungsstellen vorzuhalten.

Explizit wird erwähnt, dass Einrichtungen für die Krisenintervention und den Notfall erforderlich sind. Hierbei sind ein aufsuchendes Krisenteam mit 24-Stunden-Bereitschaft sowie eine Krisentelefonnummer wichtig. Am optimalsten wird das Vorhandensein von Kriseninterventionszentren empfunden.

… wos Bereitschaftsdienste gibt oder eine Telefonnummer zumindest, wo ma anrufen kann, wenns eh, wenns schwierig ist. Am Feinsten wäre natürlich, wenns eine aufsuchende Möglichkeit gäbe, weil die psychiatrischen Erkrankungen ja immer auch das Umfeld betreffen und ähm beim aufsuchenden äh, bei einer aufsuchenden Behandlung auch einfach des Umfeld ah zum einen miterlebt … wir bräuchten Kriseninterventionszentren...

3.2.1.1.1.3 Tagesbeschäftigung und strukturierte Aktivität

Hierbei soll das Angebot eine niederschwellige tagesstrukturierende Betreuung umfassen, Clubs als niederschwellige Kontaktmöglichkeit sowie psychotherapeutische rehabilitative Unterstützung und Tagesstätten anbieten.

… *Dann hätt ma in der zw (…), dritten Säule den rehabilitativen Bereich, des wären also die sozialpsychiatrischen Vereine, wo ma also mit den Achsen Tagesstruktur, Beratung, aufsuchender Dienst, Betreutem Wohnen und Arbeitstraining ah Bausteine vorhalten können…*

Auch für Freizeit und Kontakt sind unterstützende Hilfeleistungen anzubieten.

Hinsichtlich der beruflichen Rehabilitation sollen Beschäftigungsinitiativen und-therapien vorgehalten werden, Arbeitstraining, Berufstrainingszentren, Berufsvorbereitungseinrichtungen sowie Patientenfirmen.

... dann gibts die Hilfe und Unterstützungen zur Tagesgestaltung ähm, wo ma jetzt von niederschwelligen äh tagesstrukturellen (...) Betreuungen bis zu eher psychotherapeutisch

rehabilitativ konfigurierten Unterstützungen bis hin zum äh Beschäftigungsinitiativen, Arbeitstraining, ah Patientenfirmen äh alles versteht, was der Mensch dann untertags nach Möglichkeit arbeitsähnlich tut…

Tagesstätten sind ebenso erforderlich.

3.2.1.1.1.4 Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen für Angehörige und Betroffene sollen unterstützt werden.

… und dann die vierte große Säule wär, für mi, die Selbsthilfe (...), wo also seitens der öffentlichen Hand aaahh die Selbsthilfe im Betroffenenbereich und im Angehörigenbereich gefördert werden soll und ah es gibt a (...) ahhh (...), wie du eh weißt, über, über die HPE Tirol ah a recht engagierte Selbsthilfe im Angehörigenbereich in der Psychiatrie...

3.2.1.1.2 Inhaltliche Anforderungen an die Einrichtungen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung

Als Erstes sollen die Einrichtungen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung möglichst wohnortnah und gemeindenah angesiedelt sein.

Auch eine kleine Region benötigt eine adäquate Infrastruktur.

Die vorgehaltene Infrastruktur soll im Sinne einer psychiatrischen Vollversorgung zur Einwohnerzahl korrelieren. Alle Einrichtungen sollen definitionsgemäß innerhalb von 25 Minuten erreichbar sein.

… eh grundsätzlich einmal ist das Schlagwort von der gemeindenahen Psychiatrie zu verwirklichen, dass tatsächlich innerhalb von 25 Minuten an und für sich, so würde ich es meinen, wirklich eine psychiatrische Versorgung ver (…) ermöglicht werden kann…

Es soll von den Institutionen ein 24-Stunden-Bereitschaftsdienst angeboten werden.

Inhaltlich sollen die Angebote möglichst individuell gestaltbar und flexibel auf den jeweiligen Klienten zugeschnitten sein und eine bedarfsweise gestaffelte Betreuung anbieten.

… Äh ja möglichscht anfach für, für die anzelnen äh Patientengruppen, je nochdem wo sie stehen, was sie brauchen, für möglichscht viel dabei anfach, wo sie selber dann auswählen können, was für sie am Besten passt zu dem Zeitpunkt…

Die Angebotspalette soll insgesamt breit aufgestellt sein.

Insbesondere wichtig ist, dass für die Klienten eine Wahlmöglichkeit hinsichtlich aller Einrichtungen, auch des niedergelassenen Psychiaters besteht.

Das Prinzip ambulant vor stationär soll realisiert werden.

Die Bedarfsplanung sowie Koordination der einzelnen Angebote soll durch eine Person erfolgen, beispielsweise den Case Manager, der den Klienten sehr gut kennen soll.

Als inhaltliche Anforderungen an die Behandlung wird explizit aufgeführt, dass die Behandlung nach den aktuellen Richtlinien beziehungsweise Leitlinien, nach State of the Art erfolgen soll.

Alle Einrichtungen sollen vernetzt sein und entsprechend des deutschen Modells des Gemeindepsychiatrischen Verbundes kooperieren.

… Das Modell nach dem ich mich richte hat auch etwas mit Ihren, mit Ihrer Herkunft zu tun, weil die, das Modell des Gemeindepsychiatrischen Verbundes is ja in vielen Jahren, Jahrzehnten in der Bundesrepublik entstanden und ah is auch bei uns im Zuge der Planungen ah ein, ein ah anerkanntes Modell geworden. Ein Gemeindepsychiatrischer Verbund besteht im Zentrum nicht aus der stationären Versorgung, sondern aus aner sinnvollen ambulanten eh Einzelversorgung, die man regelhaft als Case Management bezeichnet und zwar diese Form des Case Managements, die nit nur ah Verteilungs-und Organisationsaufgaben hot, sondern auch Beziehungsaufgaben übernimmt, des hoaßt also eine ah (...) kontinuierliche Einzelbetreuung mit dem Zweck den Menschen adäquat zu unterstützen…

Eine Koordination und eine Kooperation zwischen den Einrichtungen soll auch das Schwerpunktkrankenhaus umfassen.

Insgesamt soll die Betreuung möglichst aufsuchend gestaltet sein, da psychiatrische Erkrankungen immer auch das soziale Umfeld betreffen.

… Am Feinsten wäre natürlich, wenns eine aufsuchende Möglichkeit gäbe, weil die psychiatrischen Erkrankungen ja immer auch das Umfeld betreffen und ähm beim aufsuchenden äh, bei einer aufsuchenden Behandlung auch einfach des Umfeld ah zum einen miterlebt…

Wichtig ist die Betreuung der Patienten durch psychiatrisch ausgebildetes Fachpersonal.

Um einer Diskriminierung und Stigmatisierung der psychiatrischen Patienten vorzubeugen, soll die psychiatrische Abteilung im gleichen Haus angesiedelt sein, wie die somatischen

Abteilungen, das heißt, dass der psychiatrisch erkrankte Patient das Krankenhaus durch die gleiche Tür betreten kann, wie der somatisch erkrankte Patient.

3.2.1.1.3 Kriterien und Richtwerte für die psychiatrische und psychosoziale Versorgungsplanung

3.2.1.1.3.1 Richtwerte

Als Richtwerte werden explizit folgende aufgeführt: Die Richtwerte sollen sich an den Psychiatrieplänen und Psychiatriereformen orientieren. So erfolgt die Bettenplanung gemäß der Bettenmessziffer nach dem Regionalen Strukturplan Gesundheit 2015.

Die Sitzvergabe der niedergelassenen Fachärzte erfolgt gemäß dem ambulanten Versorgungsplan der Gebietskrankenkasse und der Tiroler Ärztekammer. Orientieren sollen sich die Sitze an den Bedarfszahlen für niedergelassene Fachärzte gemäß der deutschen Psychiatriereform. Hiernach soll ein Facharzt pro 30000 Einwohner angesiedelt sein.

… des ist der stationäre Bereich, des hoaßt wir hätten mit bestimmten Bettenmessziffern, die also ah in Tirol über den RSG 2015 äh festgschrieben san, hätten wir ein Bettenangebot für a bestimmte Region, wir hätten aah über den (...), über die ambulante, über den ambulanten Versorgungsplan der Gebietskrankenkassa und der Tiroler Ärztekammer ah im niedergelassenen Bereich ah bestimmte ah Richtwerte für die Versorgung äh mmhh, die aus der deutschen Psychiatriereform is mir so in Erinnerung ungefähr eins, ein, ein niedergelassener Facharzt auf 30000 Einwohner, des wär so a klassischer Richtwert…

Auch die rehabilitativen Einrichtungen sollen sich an den entsprechenden Richtwerten orientieren.

Insgesamt ist jedoch für alle Einrichtungen eine adäquate personelle fachspezifische Besetzung sowohl qualitativ als auch quantitativ essentiell.

… und die Voraussetzung für diese Versorgung ist sicher eine adäquate personelle Besetzung dieser Stellen, auf der einen Seite nicht nur qualitativ sondern auch quantitativ…

3.2.1.1.3.2 Prinzipien der Versorgungsplanung

Insgesamt soll das Prinzip der Subsidiarität gelten.

… also grundsätzlich eh scheint ma des Prinzip der Subsidiarität eh (...) bei allen Formen eigentlich der Behandlung eh sehr wesentlich…

Das Krankenhausbett soll immer als Ultima Ratio angesehen werden. Konsekutiv sollen sowohl ideelle als auch finanzielle Investitionen vor allem im ambulanten Bereich erfolgen.

Oberstes Prinzip ist es, eine Ausgewogenheit der Strukturen und Einrichtungen zu erreichen.

… die Dinge sollten ausgewogen sein, die eh, sozusagen die, die Investitionen sowohl ideell als auch finanziell, denk i, sollten vor allem im ambulanten Bereich ähmmm stattfinden und ahm sozusagen das Krankenhausbett sollte immer die Ultimo Ratio sein…

3.2.1.1.4 Kontroverse Diskussionspunkte beziehungsweise Ansichten der Versorgungsplanung

Zum einen ist es fraglich, ob gemeindenahe psychiatrische Versorgungseinrichtungen überhaupt in kleinen ländlichen Bezirken realisierbar sind.

… dann gibt es natürlich alle Möglichkeiten, ob das natürlich für einen Bezirk, für einen ländlichen Bezirk alles natürlich möglich ist, das ist natürlich eine andere Frage,…

Kontrovers werden die folgenden Aspekte diskutiert. Man kann auf der einen Seite durchaus eine Differenzierung hinsichtlich spezifischer Angebote zwischen kleineren und größeren Regionen durchführen. Auf der anderen Seite wird auch die Meinung vertreten, dass auch kleine Regionen eine Infrastruktur und auch Vollversorgung korrelierend zur Einwohnerzahl benötigen.

Kontrovers diskutiert wird auch, ob eine kleine Region ebenfalls eine umfassende Versorgung benötigt. Auch in anderen Bereichen beziehungsweise sogar allen anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung gibt es eine Schwerpunkteinrichtung auf der einen Seite und patientennahe Bezirksstrukturen auf der anderen Seite. Dies soll auch für psychisch kranke Menschen gelten.

… dass a eine Region von, ja, die ah, die Ansichten gehen etwas auseinander. Die Südtiroler Erfahrung lehrt, dass sehr wohl Regionen mit ah 60000 bis 70000 Einwohnern eine Versorgung im angedachten Sinne ermöglichen. In Deutschland rechnet man mit größeren Einheiten und es gibt eh eh Psychiater, die ja auch kleine Einrichtungen in Frage stellen. Ich stelle mich sehr dezidiert gegen diese Ansicht nur große oder größere Regionen können ein umfassendes Angebot eh an die Bevölkerung eh richten, ich glaub eh, wir haben in

allen, in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung ja eine Schwerpunkteinrichtung und auch eh eh sehr patientennahe Bezirksstrukturen, Kreisspitäler und kreis- eh orientierte eh Einrichtungen. Für spezielle Bedürfnisse bestimmter Patientengruppen wird dann eben auch sicherlich das Zentralkrankenhaus diese Aufgabe erfüllen. Wichtig ist, dass die eh Struktur, die in einem Bezirk zB im Rahmen eines Kreises tätig ist, sich eh sehr gut mit übergeordneten Einrichtungen eh, Schwerpunktskrankenhäusern und deren Einrichtungen vernetzt und zu Kooperationen bereit ist…

3.2.1.2 Fachspezifische psychiatrische und psychosoziale Versorgungsstrukturen

3.2.1.2.1 Kinder-und Jugendpsychiatrie

3.2.1.2.1.1 Status quo der kinder-und jugendpsychiatrischen Versorgung

Es besteht sowohl im Bezirk Reutte als auch tirolweit ein Mangel an Kinder-und Jugendpsychiatern. Derzeit gibt es keinen Facharzt für Kinder-und Jugendpsychiatrie mit Kassenzulassung.

Ebenso besteht ein Mangel an Einrichtungen für kinder-und jugendpsychiatrische Problemfälle. Aus diesem Grund ist man auf spezielle Einrichtungen außerhalb Österreichs, beispielsweise in Deutschland angewiesen.

Mangel besteht auch bei den Kinderschutzeinrichtungen. Die wenigen existenten Einrichtungen befinden sich außerhalb des Bezirkes Reutte. Sie sind zudem nicht rund um die Uhr erreichbar.

Es fehlen spezialisierte Einrichtungen, zum Beispiel hinsichtlich sexueller Traumatisierungen, insbesondere bei Buben. Als einzige Anlaufstelle fungiert die Kontakt-Informations- und Beratungsstelle kibs in München.

Es gibt im Bezirk Reutte keine öffentliche Versorgungseinrichtung für verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche. Kaum vorhanden ist zudem die Jugendarbeit.

… Nur schauts so aus, also wenns, zum Beispiel bei Schülern Problemstellungen gibt, dass also ah die längste Zeit äh äh (...) der (...) ah, der Schüler, der, der, des Kind, der Jugendliche mal grundsätzlich also bei der Schulpsychologie hängenbleibt, ja und ah nit eine adäquate Versorgung weiter äh do isch. Und wenn dann ah uane gfunden wird, a Versorgung, dann isch sie eigentlich mehr im privaten Bereich, aber nicht im äh, es isch kua öffentliche Einrichtung…

Explizit wird die Altersgruppe der Jugendlichen zwischen 18 und 20 Jahren erwähnt. Für diese Altersgruppe besteht eine mangelnde Zuständigkeit, da ab der Volljährigkeit das Jugendamt offiziell nicht mehr zuständig ist. Für diese Altersgruppe gibt es keine spezifischen Betreuungseinrichtungen.

Nur 10% der Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten suchen professionelle Hilfe auf.

Die Zahl an Kindern und Jugendlichen, die Suizid begeht, steigt. Insbesondere sind Suizide in immer jüngeren Altersgruppen zu registrieren.

… Also Traurigkeit wäre etwas, was ma möglichst, i würd sagen, des isch eppas, was ma sehr bald angehen sollte, auch im Hinblick, dass heit soviele Kinder und Jugendliche (schnauft), ja, Suizid begehen, ja. Also i sieg jetzt so in unser täglichen Arbeit, wie viele Menschen des tagtäglich sind,… es vergeht kaum ein Tag eh, wo nit mindestens ein Suizid, ah manchmal mehr vermeldet werden, nit, und fatal dass die Jüngsten, also, also do hob i sGfühl, dass sie jünger werden…

Bei Suizidversuchen in den Schulen wird die Polizei, dann der Amtsarzt oder Sprengelarzt hinzugerufen.

3.2.1.2.1.2 Verbesserungsvorschläge und Handlungsbedarf im Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung

Eine attraktivere Gestaltung des Berufsbildes der Kinder-und Jugendpsychiater ist erforderlich, damit sich mehr ärztliche Kollegen diesem Fach widmen mögen.

Es ist eine Änderung der Ausbildungsordnung erforderlich, damit mehr Fachärzte ausgebildet werden können. Derzeit darf ein Facharzt nur einen Weiterbildungsassistenten ausbilden. Somit kann der Mangel an Kinder-und Jugendpsychiatern nicht ausgeglichen werden.

... auch eh immer noch die Ausbildungsordnung 1:1 besteht, das heißt, dass ein Facharzt eh nur einen Facharztkandidaten betreuen kann. Wenn, wenn eben ein eh, ein eh, eine Einrichtung zwei Fachärzte hat, dann kann diese nur zwei Kandidaten ausbilden, das heißt, dass wir den extremen Bedarf an Kinder-und Jugendpsychiatern, der in Österreich besteht, hier faktisch nicht eh, nicht eh abdecken können…

Anreize zur Niederlassung fehlen. Insbesondere soll das Gehaltsgefälle zu den Nachbarländern ausgeglichen werden. Dadurch können mehr kinder-und jugendpsychiatrische Kassenstellen im ambulanten Sektor besetzt werden.

Die qualifizierte Jugendarbeit soll von den Gemeinden finanziert und gefördert werden.

Eine Adressenliste von Beratungsstellen für Kinder und Jugendliche soll im Internet veröffentlicht werden.

Kinder-und jugendpsychiatrische Akutbetten sollen im Bezirkskrankenhaus Reutte installiert werden.

Die Erschaffung von Wohngemeinschaften für Kinder und Jugendliche im Bezirk Reutte ist nötig.

Hinsichtlich der ambulanten Strukturen wird die Einrichtung von Sprechstunden eines Kinder-und Jugendpsychiaters in den Räumlichkeiten der Kinderabteilung des Bezirkskrankenhauses Reutte als sinnvoll erachtet.

… man wird in einem kleinen Bezirk nicht alles anbieten können, aber es ist dann auch wieder Aufgabe eines eh, ja, entweder der Zentral-eh eh , Zentralkrankenanstalt oder auch eines ehm Krankenhausverbundes Tirol-West, Tirol-Mitte, Tirol-Ost eh, Nord-Ost eh, dass es dort eben auch eh hier einen Austausch von Fachärzten gibt, dass ehm, dass eben auch, ja, ein Kinder-und Jugendpsychiater zu bestimmten Sprechstunden im Bezirk Imst, Landeck, Reutte eh tätig ist...

Es soll mehr Räume, mehr Ansprechpartner und mehr niederschwellige Beratungsstellen sowie Betreuungsangebote für junge Erwachsene im Sinne der Prävention geben.

In den Schulen sollen Ansprechpartner im Sinne von Therapeuten für verhaltensauffällige Schüler eingestellt und etabliert werden.

… Ich würd mir wünschen, wenn a Schüler (...) so verhaltenskreativ isch oder so hilfsbedürftig isch, dass a ah, dass ma, dass ma sieht, dass er Hilfe braucht, dass es ah begleitende, ständig begleitende Therapeuten gibt, die dem, sich um den dann kümmern, ja eh, des wird aber momentan nit praktiziert…

Hinsichtlich der Therapien wird für wichtig erachtet, dass Gruppenpsychotherapien für Kinder und Jugendliche als Kassenleistung angeboten werden sollen.

Wünschenswert ist eine Kooperation und Vernetzung zwischen Helfereinrichtungen, Schule und Heilstättenpädagogik.

Seelisch behinderte Kinder sollen die gleichen Chancen der Integration erhalten wie Kinder mit einer körperlichen Behinderung.

3.2.1.2.2 Psychosomatik

3.2.1.2.2.1 Status quo der psychosomatischen Versorgung

Bestimmte psychiatrisch-psychosomatische Krankheitsbilder nehmen hinsichtlich der Fallzahlen zu, insbesondere Burn-out, Persönlichkeitsstörungen, Leistungsdruck im Arbeitsleben sowie Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes. Diese Belastungs-und Erkrankungssituationen müssen mehr berücksichtigt werden.

… wir haben schon sehr viel Berufsdruck, des Burn-Out und des muss sich irgendwie sich o gewandelt hobn, dass de, de, der Druck o viel, viel Geld zu habn und des, und, und eben sich vergleichen, was andere habn und diese Angscht, Ängste, des zu verlieren oder diesen Standard zu verlieren, des isch sehr auffällig für mi…

3.2.1.2.2.2 Verbesserungsvorschläge und Handlungsbedarf im Bereich der Psychosomatik

Eine exakte Definition des Fachgebietes Psychosomatik ist erforderlich.

… gerade eine in deutschen Ländern eh nicht unbeträchtliche Diskussion bezüglich der Definition der psychosomatischen Medizin, eh da, nähert man sich mehr dem amerikanischen Konzept eh und verstehen darunter eben auch die ah psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuung von körperlich Kranken im Rahmen eines Konsiliar-und Liaisondienstes oder verstehen wir die primär unter dem Eindruck der eh, eh, der Psychoanalyse eben auch, net, die Betreuung von diesen, diesen so undefinierten Krankheitsbildern…

Mehr stationäre Rehabilitationseinrichtungen sollen errichtet werden.

Wichtig ist jedoch, dass auch eine Weiterbehandlung nach der Rehabilitation gewährleistet sein muss.

3.2.1.2.3 Gerontopsychiatrie

3.2.1.2.3.1 Status quo der gerontopsychiatrischen Versorgung

Die Zahl an älteren psychisch kranken Menschen nimmt deutlich zu.

Eine Mangelversorgung wird daraus resultieren, dass der gerontopsychiatrische Bereich ein sehr kostenintensiver Bereich ist.

… Klientinnen, Klienten, die ah, die schon in aam höheren Alter sein und, und so aus unseren Konzepten so a bissl außa falln, weil die meistens zeitlich begrenzt sind äh durch die Finanzierung vom Land, dass es uanfach Einrichtungen braucht, wo ältere äh Klienten, Klientinnen a bleiben können, ah längerfristig und bis zu ihrem Tod, bis ins Alter hinein begleitet werden. Weil die nit wirklich an Platz in den Altersheimen finden, die Alterspflegeheime sind oft überfordert mit der psychiatrischen ah Symptomatik und wir hobn eben nit die Möglichkeit, wie, weil ma vom Land her do wenig ah (...), wie soll i sagen, natürlich wenig Interesse do is, weil des natürlich ah a sehr kostenintensiver Bereich isch und, und sich über viele Jahre erstreckender Bereich…

Insgesamt besteht eine mangelhafte Finanzierung beziehungsweise eine nicht ausreichende finanzielle Unterstützung der Betreuung von älteren psychisch kranken Menschen.

Es herrscht ein Mangel an Strukturen für Demenzkranke. Die Alters-und Pflegeheime sind mit der psychiatrischen Symptomatik überfordert.

Ältere Klienten sind kaum in der Lage in die Tagesstruktur und Beschäftigungsinitiative einer sozialpsychiatrischen Einrichtung zu kommen.

Konsequenzen der Mangelversorgung im gerontopsychiatrischen Bereich bestehen darin, dass die Gefahr von Suizidbeihilfen und Euthanasiewünschen zunimmt.

3.2.1.2.3.2 Verbesserungsvorschläge und Handlungsbedarf im gerontopsychiatrischen Bereich

Es ist sowohl ein Personalaufbau als auch ein zusätzliches Budget erforderlich.

… Ja, was halt iatz schu vermehrt auffällt, isch, dass halt ältere gerontopsychiatrische Patienten, äh iatz homma doch schu einige, äh wenn des iatz no vermehr, mehr werden oder o mh, wo es a bissle ins Pflegerische geht, ahh mmhh, also nach könntn mir, zum Beispiel überlegen, ob ma als Personal a Krankenschwester dazu nehmen. Oder wenn es für, für diesen, für diese Stelle a Budget gäbe, speziell nacha wärs sicher kua Problem, so wie es in… ist, eine Krankenschwester, die sich speziell mit psychiatrischen alten Patienten befasst…

Es sollen mehr Betreuungsbetten für ältere Menschen geschaffen werden, insbesondere sind Einrichtungen für eine längerfristige Betreuung erforderlich.

3.2.1.2.4 Suchterkrankungen

3.2.1.2.4.1 Status quo im Kontext der Suchtversorgung

Der Mangel an substituierenden Ärzten findet seine Ursache vor allem in der besonderen Gesetzeslage. Die Substitutionsverordnung erschwert die Behandlung von Drogenabhängigen. Die behandelnden Ärzte befinden sich sehr schnell im Bereich der Kriminalität. Der von der Suchtmittelverordnung vorgeschriebene Fortbildungsbedarf für substituierende Ärzte ist so umfangreich und hat solch enorm hohen Ansprüche, dass konsekutiv nur wenige Ärzte zur Substitution bereit sind.

… Ja, das ist grundsätzlich die Versorgung von Drogenabhängigen. Weil (räuspert sich) (...) ah durch die besondere Gesetzeslage, die sich a bissle unterscheidet, glaub i, von der in Deutschland, aber grundsätzlich eh is schon vergleichbar, weil ich auch von deutschen Kollegen woaß, ah dass man bei der Behandlung von Suchtkranken auch als Behandler sich relativ schnell im Bereich der Kriminalität befindet, ah (...) was eigentlich fast unvorstellbar für mich is, nit, dass keine Ahnung, der Internist, der Diabetiker behandelt als ah, als ah Sachertortendealer vielleicht dann amol dasteht, na, bizarr, aber so is. Und die Auflagen, die bei uns in der so genannten Sucht-(...) ahäh mittelverordnung oder Substitutionsverordnung drinnen stehen, wie dass ah äh äh erhöhter Fortbildungsbedarf besteht, also i muass nit, wenn i a Patienten ausm Formenkreis der Schizophrenie behandle extra ein Curriculum als Psychiater noch machen, das mich ausweist, dass ich des kann. Im Suchtbereich muss i des machen, müssen es a die niedergelassenen praktischen Ärzte mochn ah und, und, des, die Auflagen sind anfach so, dass ah, dass eigentlich die allermeisten praktischen Ärzte oder Allgemeinmediziner ist, glaub ich, der allgemeingültigere Begriff, sich aus der Substitution zurück gezogen hoben. Fachärzte in ganz Tirol ah sich ahmm sozusogen distanziert von der Substitutionsbehandlung, ja, zoagen, des hoaßt Patienten, die a Substitution brauchen, finden des dort anfach nit vor, und des isch natürlich schon aus meiner Sicht problematisch und do muaß ma sich ***ganz ganz*** *dringend was überlegen, wie man die ambulante Versorgung von Opiatabhängigen organisiert, ah des san Schwerstkranke ah, die* ***dringend*** *intensiver medizinischer Behandlung bedürften…*

Drogenabhängige wandern aus den peripheren Regionen nach Innsbruck (Entfernungen siehe Tabellen 13, 14) ab und siedeln somit in den Zentralraum um, da sie in den periphe-

ren Regionen keine Substitutionsmöglichkeit vorfinden und auch keine entsprechenden ambulanten Angebote vorhanden sind.

3.2.1.2.4.2 Verbesserungsvorschläge und Handlungsbedarf im Kontext der Suchtversorgung

Insbesondere Konzepte der abstinenzorientierten Behandlung sollen gefördert werden. Die Gesellschaft muss das Ziel haben motivierten Abhängigkeitskranken ein abstinentes Leben zu ermöglichen.

Es muss dringend eine ambulante Versorgungsmöglichkeit für Opiatabhängige auch in peripheren Regionen eingerichtet werden, da Opiatabhängige schwerkranke Patienten sind.

*… do muaß ma sich **ganz ganz** dringend was überlegen, wie man die ambulante Versorgung von Opiatabhängigen organisiert, ah des san Schwerstkranke ah, die **dringend** intensiver medizinischer Behandlung bedürften…*

Es sollen Unterbringungsmöglichkeiten für chronische Alkoholabhängige geschaffen werden.

3.2.1.2.5 Migranten

3.2.1.2.5.1 Status quo im Kontext der kulturspezifischen Versorgung von Migranten

Die Versorgung von psychisch kranken Asylwerbern wird nicht über das Tiroler Rehabilitationsgesetz bewilligt, da die Asylwerber oft eine zu kurze Aufenthaltsdauer in Österreich haben, um bereits Anträge für Leistungen nach dem Tiroler Rehabilitationsgesetz stellen zu können.

… aber die Asylanten, die do warn, homma a paar gkhabt, dia nia über REHA genehmigt worden sind, weil sie zwenig lang in Österreich (lacht etwas) warn. Die sind halt mitgloffn mit uns, mir hobn immer Leute, die mitlaufen, die, weils im Grund koanen REHA-Antrag gibt, ah ah und des is nur, stößt an die Grenzen, do follt halt no einiges on. Wenn ma die alle, wenns zu viele sind, ja dann, fehlts an der freien Zeit natürlich, isch zeitlich nit zu schaffn. Ahm wenn iatz also mehr Asylanten wären, nacha müsst ma irgenda Möglichkeit hobn, natürlich diese o zu betreuen…

Insgesamt ist zu registrieren, dass vermehrt türkische Frauen, wie auch türkischstämmige Jugendliche, vom Sozialpsychiatrischen Dienst versorgt werden. Dringend erforderlich ist

eine Vereinheitlichung der Bewilligungsgrundlagen für Rehabilitationsleistungen, um eine Diskriminierung zu vermeiden.

3.2.1.2.5.2 Verbesserungsvorschläge und Handlungsbedarf im Kontext der kulturspezifischen Versorgung von Migranten

Im Alter haben die Klienten mit einem Migrationshintergrund andere Problemlagen und andere Verarbeitungsmechanismen als die einheimische Bevölkerung. Dies ist in der Versorgung psychisch kranker Menschen mit Migrationshintergrund zu berücksichtigen.

3.2.1.2.6 Suizide

3.2.1.2.6.1 Status quo im Fokus der Suizide

Die Verschreibungsgewohnheiten üben Einfluss auf die Suizidalität aus, ebenso wie die Dichte von Behandlungsmöglichkeiten in der Region und auch die zeitliche Erreichbarkeit eines Krisendienstes. Insgesamt ist in Tirol eine relativ niedrige Suizidrate zu registrieren. Ob dies zu der hohen Rate an Zwangseinweisungen korreliert, ist zu diskutieren.

… was hot (stottert etwas) die, die Verschreibungsgewohnheit für an Einfluss auf die Suizidalität, wenn ma Suizidialität als Indikator für eine gute Versorgung nehmen ***würden****, i glaub jetzt nit, dass es des tatsächlich is, net, aber ahm, aber wenn wirs tun würden, dann sieht man oanfach die Verschreibungsgewohnheiten nehmen Einfluss, die Dichte von ah Behandlungsmöglichkeiten in den jeweiligen Regionen hoben an Einfluss ah, dann welche Möglichkeiten der Krisendienste es gibt, also von 24 Stunden bis zentral ah, und i glaub, des würd i nomol genauer mir anschauen und ah es gibt dann ah eh Ideen, wie man dem entgegenwirken kann, nämlich welche, was könnten wir tun, um die Suizidrate in Österreich als Ganzes oder in den Regionen zu senken,…*

3.2.1.2.6.2 Verbesserungsvorschläge und Handlungsbedarf im Kontext der Suizidprävention

Psychoonkologische Patienten sollen zunehmend mehr beachtet werden, da immer wieder Suizide auch bei schwerkranken Patienten zu beobachten sind.

Die Angehörigen sollen nach Suizidereignissen intensiv betreut werden, ohne dass bei ihnen Schuldvorwürfe aufkommen.

… als weiterer Themenbereich, der mir auffällt is, ähm, nach äh, nach Suizid hab ich erlebt, dass äh die Angehörigen im stationären Bereich äh nicht entlastet worden sind, sondern dass sie die Nachgespräche auch noch so empfunden haben, dass sie(...) sich noch

mehr Schuldgefühle aau und Schuldvorwürfe gmacht haben als sie ohnehin von sich her schon hatten…

Insgesamt kann die Suizidrate durchaus als Indikator für eine gute psychiatrische Versorgung diskutiert werden. Suizidprävention soll vom Krankenhaus aus betrieben werden.

3.2.2 Krisenprävention und Krisenintervention im Bezirk Reutte

Die zweite Hauptkategorie widmet sich der Thematik der Krisenprävention und Krisenintervention. Es werden die Strukturen, Einrichtungen und Dienste angeführt, die sowohl im ambulanten Bereich als auch im stationären Bereich zur Bewältigung und auch Vorbeugung von Krisensituationen erforderlich sind.

Insbesondere werden sowohl der Status quo inklusive der vorhandenen Defizite als auch Verbesserungsvorschläge beziehungsweise Handlungsbedarf aufgezeigt.

Fokussiert wird in den folgenden Kategorien auf Defizite sowie Verbesserungsvorschläge explizit für den Bezirk Reutte.

3.2.2.1 Versorgungseinrichtungen der Krisenprävention und Krisenintervention

3.2.2.1.1 Arten an Versorgungseinrichtungen der Krisenprävention und Krisenintervention

3.2.2.1.1.1 Ambulante Einrichtungen für die Krisenprävention und Krisenintervention

Die beste Krisenpräventionsstruktur ist ein gutes Verhältnis zum Case Manager.

Regional vor Ort soll es rehabilitative Einrichtungen geben. Es sollen rehabilitative Angebote auch für Kinder und Jugendliche existieren.

… Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene fallen komplett raus, da brauchts auch a Angebot…

Die Arbeit und das Engagement der Selbsthilfegruppen soll weiter unterstützt werden.

Es soll einen aufsuchenden Krisendienst geben, der 24-Stunden-Bereitschaft anbieten soll beziehungsweise zumindest außerhalb der Sprechzeiten der Ärzte erreichbar sein soll.

Der Krisendienst soll sich aus einem multiprofessionellen Team zusammensetzen. Ein solcher Krisendienst soll am besten an das regionale Krankenhaus angebunden werden.

… dass es zumindest eine Anlaufstelle amol telefonisch gibt, wo ma sich 7x24 Stunden melden konn (räuspert sich) und damit verbunden ein ah bei Bedarf agierendes Einsatzteam, das jedenfalls aus einer fachärztlich-äh ausgebildeten Personen und dann pflegerisch ausgebildeten, fachpflegerisch ausgebildeten Personen bestehen sollte…

Es soll auch einen Ansprechpartner für Angehörige insbesondere in Krisensituationen geben.

Als minimal erforderliche Basisausstattung soll zumindest ein Notfall-und Krisentelefon eingerichtet sein.

Auch einen psychiatrischen Notarzt für die Krisenbewältigung soll es korrelierend zu den Notärzten in somatischen Bereichen geben.

Schulärzte sollen regelmäßig in allen Schulen während der Unterrichtszeiten anwesend sein. Derzeit sind Schulärzte regelmäßig nur in höherbildenden Schulen anwesend.

Für Lehrer soll es für verhaltensauffällige Schüler ergänzend zu den Schulpsychologen Ansprechpartner geben.

… Momentan isches so, dass, do stehn äh Pädagogen wia vor nar Wand, ge, die wissen nicht mehr mit dem umzugehen, also die stehn vor ner Wand und sagn, jaja, (...) do muss irgendwas nit stimmen, des isch schon, ja, do stimmt irgendwas nit, aber wo sie sich hinwenden …, do isch da momentan, also bei uns isch da momentan des uanzige die Schulpsychologie, ja, aber des ist natürlich a (...), a Ressourcenfrage, also die san nit wirklich a in der Lage die Fälle alle zu mmh in die Hand zu nehmen…

3.2.2.1.1.2 Stationäre Einrichtungen für Krisenprävention und Krisenintervention

Am regionalen Krankenhaus soll ein Krisenbett oder Krisenzimmer für psychische Krisen- und Notfallsituationen eingerichtet werden.

Psychiatrische Abteilungen sollen auch in peripheren beziehungsweise regionalen Krankenhäusern errichtet werden.

Die Unterbringungsmöglichkeit nach Unterbringungsgesetz UbG §8 kann weiterhin an den Zentralkrankenhäusern in Hall und Innsbruck (Entfernungen siehe Tabellen 13, 14) verbleiben und ist regional vor Ort nicht erforderlich.

3.2.2.1.2 Anforderungen an Einrichtungen der Krisenprävention und Krisenintervention

Wichtig ist ein ausreichender Personalschlüssel für das Krisenteam.

Eine Krisentelefonnummer ist in der Bevölkerung bekannt zu machen.

Über die Ansprechpartner beziehungsweise das Hilfesystem für Krisensituationen soll die Bevölkerung informiert werden.

*… und i glaub ah, sozusagen des **Wissen** des Menschen haben, äh inwieweit sie Hilfe annehmen können, wenn sie sich in einer Lebenskrise wieder finden. Ah, und i glaub, dass do in Österreich und dann im speziellen Fall in bildungsfernen ländlichen Regionen, äh do äh a besonders hohe Schwelle besteht, dass Menschen Krisendienste überhaupt annehmen…*

Über die Zuständigkeitsbereiche für die Zwangseinweisungen sollen ergänzende Informationen auch an die einzelnen psychosozialen Einrichtungen weitergegeben werden.

Krisenprävention soll auch in großen Betrieben durchgeführt werden.

Es soll über psychische Erkrankungen aufgeklärt werden, um insbesondere Vorurteilen und Stigmatisierungen entgegenzuwirken. Über psychische Erkrankungen soll beginnend im Kindergarten sowie in der Volksschule informiert werden. Ein Gesundheitsunterricht soll weiterlaufend über die gesamte Schulzeit etabliert werden. Die Durchführung von Veranstaltungen zur Suchtprävention in Schule und Kindergarten ist wichtig.

Lehrer sollen im Umgang mit psychischen Erkrankungen und im Umgang mit psychisch Kranken geschult werden.

Die Mitarbeiter des Rettungsdienstes sollen auch für die Bewältigung psychiatrischer Krisen ausgebildet und regelmäßig weitergebildet werden.

Die Hausärzte sollen in puncto Behandlung psychisch kranker Menschen geschult und sensibilisiert sein.

Es sollen bei den Hausärzten regelmäßig wiederkehrende Schulungen über die Einschätzung der Suizidalität durchgeführt werden. Die Einschätzung der Suizidalität ist oft schwierig und schwebt wie ein Damoklesschwert über den Betreuern.

… auf der ersten Linie, da, der Hausärzte, ja, dass ma do (...) entsprechend schult beziehungsweise, dass Hausärzte besser qualifiziert werden. Es gibt sicher Hausärzte, das wis-

sen Sie wahrscheinlich eh, die einen guten Zugang haben dazu und dass Hausärzte auch sehr stark damit konfrontiert werden, ein gewisser hoher Prozentsatz hot psychische Störungen…

Eine Krise muss früh genug erkannt werden, um die Patienten noch rechtzeitig vor einer Eskalation erreichen zu können und von einer Behandlungsindikation überzeugen zu können.

Essentiell für eine funktionierende Krisenprävention sowie auch Krisen-und Notfallhilfe ist eine gute Vernetzung aller zuständigen Stellen in der Region. Das soziale Umfeld soll immer einbezogen werden, das heißt der Sozialsprengel, wie auch die Angehörigen, Vereine, Seelsorger, Lehrer und auch Sozialarbeiter, die in die Betreuung involviert sind.

… Ich glaub die, die beste Krisenprävention ist eh sicherlich ein eh, ein eh, ein gutes Netz, ein guter eh, ja, Vernetzung der entsprechenden Einrichtungen in der genannten Region, dass eh, eh ja, Fachärzte, Fachärztinnen, Psychotherapeuten, klinische Psychologen, leicht erreichbar sind und ah auch, ah ja, ah mit möglichst geringer Bürokratie, mit kurzen Wartezeiten eh, mit eh, eh ja, mit hoher Kompetenz und geringer Stigmatisierung zur Verfügung stehen eh, ich glaub, die beste Krisenprävention ist sicherlich die Verwirklichung dieser Ziele und natürlich noch ah ah besonders vordringlich ah auch entsprechend geschulte, sensibilisierte Allgemeinmediziner und auch Internisten, die schlussendlich, wenn man so ein, im Versorgungssystem eine wesentliche Rolle zu erfüllen haben…

Voraussetzung für eine gelingende Rezidivprophylaxe ist eine personelle Kontinuität in der Betreuung psychisch kranker Menschen.

Die Krisenprävention beginnt im Kopf des Menschen, der sich in der Krise befindet.

3.2.2.2 Stationäre Behandlung und Entlassungsmanagement im Fokus der Krisenprävention und Krisenintervention

3.2.2.2.1 Status quo der stationären Behandlung im Fokus der Krisenprävention und Krisenintervention

Derzeit existiert eine relativ gute Bettenausstattung für die psychiatrische Grundversorgung.

Durch den Druck der LKF (Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung) kommt es konsekutiv zu kürzeren stationären Verweildauern.

… weil aufgrund der LKF-Abrechnungen die Verweildauern, a Verweildauer hm einfach kürzer geworden sind im Rahmen der stationären Psychiatrie und eine (…)austür, (…) eine Austherapierung von bestimmten Krankheits- (...)ah (...)bildern anfach nimma möglich is und von do her is es koa Wunder, wenn also dann Patienten, Patientinnen wieder noch 2, 3 Wochen Entlassung wieder kommen und ah i, in einer akuten Krise wieder aufgenommen werden müssen…

In der Allgemeinpsychiatrie sind einerseits wegen der Entfernung, andererseits wegen der relativ hohen Stigmatisierung durch die Zentralkrankenhäuser relativ niedrige stationäre Zahlen zu registrieren.

Es gibt keine regional-psychiatrischen Betten.

Psychiatrische Diagnosen werden im Allgemeinkrankenhaus oft nur als Zweitdiagnosen aufgeführt.

Eine Besonderheit in Tirol besteht auch darin, dass relativ viele Patienten nach dem Unterbringungsgesetz §8 UbG geschlossen untergebracht werden. In Tirol sind dies 360 Patienten pro 100000 Einwohner. Österreichweit werden 250 pro 100000 Einwohner geschlossen untergebracht.

… geschlossenen Aufnahmemöglichkeiten, eh (...) wir hoben do a Besonderheit in in Tirol, dass wir relativ viele Patienten geschlossen unterbringen, also die Zahl der pro 100000 untergebrachten eh Patienten, Patientinnen mit § 8 des Unterbringungsgesetzes liegt bei 360 im Schnitt, in Österreich bei 250, am allerwenigsten hamma ah do in Niederösterreich mit 120. Und das is a ganz interessantes Thema, nit, weil, denk i, a bissle des reflektiert, mir, wir haben natürlich auch in Tirol, grod jetzt nach den neuesten Zahlen, a relativ niedrige Suizidrate, wir bieten aber a viele psychiatrische Betten an, wir bringen auch viel unter, also mit § 8…

3.2.2.2.2 Defizite der stationären Behandlung im Fokus der Krisenprävention und Krisenintervention

In Reutte gibt es kein stationär-psychiatrisches Angebot. Eine solche Einrichtung wird vermutlich wegen des Stigmas auch nicht gut angenommen werden.

… Also (...), wie gsagt, Krisenbetten im Krankenhaus, ja, weil oft dann der Schritt dann nach, ins psychiatrische Krankenhaus, ein sehr schwieriger is für die Patienten aufgrund dieser Vorurteile und Stigma und Selbststigmatisierung ah...

Bei Medikamentenunverträglichkeiten nach Medikamentenumstellungen durch das psychiatrische Krankenhaus müssen die Patienten erneut wieder in das entfernte Zentralpsychiatrische Krankenhaus in Hall oder Innsbruck (Entfernungen siehe Tabellen 13, 14) eingewiesen werden.

Da die stationären Einrichtungen unter einem hohen Aufnahmedruck stehen, existieren aufgrund einer niedrigen Bettenmessziffer wenig freie Kapazitäten.

Die Patienten werden teilweise zu früh entlassen, dies führt zu Wiederaufnahmen und dem sogenannten Drehtüreffekt.

Es ist zum Teil schwierig Patienten stationär in das psychiatrische Zentralkrankenhaus einzuweisen, da entweder keine Betten frei sind oder keine Selbst-oder Fremdgefährdung vorliegt.

Es gibt eine mangelnde Kooperation zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen.

Die Mitarbeiter der stationär-psychiatrischen Einrichtungen sind an Vorinformationen durch die ambulanten Einrichtungen über die eingewiesenen Patienten nur wenig interessiert.

… dass grad ein Grobgerüst an Informationen wird von den Herrschaften in … (…) angenommen, von meiner Seite, wenn ich jemanden einweise und die wollen eine Medikation und eine etwaige Diagnose oder eigentlich schon gar nicht so wirklich, die Vorgeschichte interessiert sie erst, wenns mal sehr eng wird, nach mehreren Wochen und wenn von außen her aus irgendeinem Grund Druck entsteht…

3.2.2.2.3 Verbesserungsvorschläge für die stationäre Behandlung im Fokus der Krisenprävention und Krisenintervention

Am zweiten Tag der stationären Behandlung sollen bereits Konzepte zur Weiterbehandlung in Absprache mit den Angehörigen entwickelt werden.

Das Helfernetz, die Vernetzung zwischen den zentralen stationär-psychiatrischen Einrichtungen, dem regionalen Krankenhaus und den ambulanten Strukturen soll ausgebaut und verbessert werden.

… und vielleicht können wir dann auch gemeinsam mitm zentralen Krankenhaus und dem Krankenhaus in Reutte und den vielleicht vor Ort sich befindlichen Strukturen anfach so des Helfernetz in Reutte nochamol ah irgendwie ausweiten…

Die Psychoedukation der Klienten in der Klinik soll verbessert werden, um für die Nachbetreuung motivierender auf die Patienten einwirken zu können.

Der Scheu der Patienten psychiatrische Angebote wahrzunehmen, soll entgegengewirkt werden.

Prinzipiell soll die stationäre Behandlung die Ausnahme sein, jedoch soll bei Indikation rechtzeitig eine stationäre Einweisung erfolgen. Bei Indikation zur stationären Behandlung soll diese eine adäquate Behandlungszeit aufweisen.

… aber eben ganz häufig isch es so, dass die Patienten viel zu früh von der Station entlassen werden. Manche Angehörigen sagen sogar die Patienten kommen schlechter heim als sie warn bei der mh, bei der Aufnahme. Äh des heißt es bräucht ja a längere, wirklich a gute medikamentöse Einstellung und schon Behandlung im Krankenhaus, mh ah und des erfolgt halt immer weniger, weil die Abrechnungen so erfolgen, dass die, dass des, es is a teurere Variante…

Die Regionalisierung psychiatrischer Betten führt einerseits zu einer wohnortnahen Betreuung, andererseits zur Vorbeugung einer Stigmatisierung durch die Zentralkrankenhäuser.

Mehr Burn-out-Kliniken sowie Alkoholentzugskliniken sollen aufgebaut werden. Es soll mehr stationäre psychosomatische Angebote geben.

3.2.2.2.4 Entlassungsmanagement unter dem Aspekt der Krisenprävention und Krisenintervention

3.2.2.2.4.1 Wer muss in die Entlassungsplanung frühzeitig eingebunden werden und welche inhaltlichen Anforderungen sind an die Entlassungsvorbereitung zu stellen?

Schon während des stationären Aufenthaltes soll überlegt werden, welche rehabilitativen Einrichtungen die Patienten nach der Entlassung weiterbetreuen können, zum Beispiel die ambulante Alkohol-und Suchtberatungsstelle sowie Wohneinrichtungen.

Die Nachbetreuung ist essentiell, da sonst der Rückfall in alte Muster erfolgt.

Die Patienten fallen häufig nach der Entlassung in ein Loch, welches von ambulanten Strukturen aufgefangen werden muss.

Angehörige müssen in die Entlassungsplanung eingebunden werden sowie frühzeitig über die Entlassung informiert werden, da sie oft einen Hauptteil der Betreuung psychisch kranker Menschen übernehmen.

… Also, i denk, solangs a nix anders gibt, ist zumindest amol, no amol ganz wichtig, dass äh, dass die äh stationäre Betreuung mit den Menschen, die nachher im sozialen Umfeld des Patienten leben, meistens ischs die Familie, also viele Patienten habn ja als Sozialkontakt überhaupt nur mehr die Familie. Aber, dass ma mit denen irgendwie überlegt oder plant also aus ärztlicher oder klinischer Sicht. Die habn ja ah Psychologen und Sozialarbeiter. Dass ma mit denen gemeinsam überlegt, wwi, was könnte, mit dem Patienten gemeinsam, was kann ihm helfen, dass er nach der Entlassung möglichscht gut weiterleben und stabil bleiben kann…

Der betreuende Facharzt beziehungsweise Hausarzt muss rechtzeitig über die Entlassung informiert werden. Auch über die empfohlene psychopharmakologische Medikation ist eine zeitnahe Information an die betreuenden Ärzte erforderlich.

… ein kurzgeraffter Bericht über Fax oder per Mail am selben Tag oder vielleicht am Tag vor der Entlassung, den sehe ich auf alle Fälle, den lese ich auf alle Fälle, weil ob ich den jetzt eine halbe Stunde früher lese oder später, ist wahrscheinlich net so tragisch, aber ich habs in der Hand sofort, oder wenn der Patient käme, hätte ich es auch wirklich in der Hand und kann genau darauf eingehen und des wäre sehr wertvoll…

Nach Entlassung eines Schülers aus der Heilstättenpädagogik ist eine therapeutische Begleitung zur Erleichterung der Reintegration in die Schule obligat.

Auch nach Bedrohungslagen durch Schüler in Schulen sind Handlungsanleitungen für Schulleiter wichtig. Hierdurch gestaltet sich die Rückkehr und Reintegration des Schülers leichter. Essentiell ist eine Koordination und Kooperation an den Schnittstellen zwischen Heilstättenpädagogik sowie Schule.

3.2.2.2.4.2 Welche Fragen müssen im Rahmen der Entlassungsplanung geklärt werden?

Es muss die Frage geklärt werden, wer die Funktion des Case Managers übernimmt.

Zur Verbesserung der Koordination und Kooperation zwischen den Einrichtungen ist die Funktion eines Case Managers als Übergangsbegleiter korrelierend zum Übergangsbegleiter somatisch erkrankter Patienten wichtig.

… Ja, i denk, dass es da wirklich auch ah, so was, wie es im Behindertenbereich gibt, eine Assistenz, also, dass so etwas wirklich für, für die Übergangszeit, aber auch aa, um dann sich zu stabilisieren und wieder auch ins Berufsleben zurückzufinden oder ins familiäre Leben zurück zu finden oder in die Alltagsaufgaben, dass das gecoacht wird (...), unterstützt wird…

Es muss die Frage geklärt werden, ob eine Unterkunft existiert. Eventuelle finanzielle Schwierigkeiten des Klienten müssen bereits während des stationären Aufenthaltes abgeklärt werden.

Die Entlassungsvorbereitung und-übergabe ist oft abhängig von den jeweiligen Stationsärzten und wird unterschiedlich gestaltet.

Das Management zwischen der Schnittstelle ambulant und stationär ist schwierig, vor allem aufgrund der räumlichen und auch inhaltlichen Distanz zwischen den Strukturen.

… zwischen ambulant, des nit sehr stark ausgebaut isch und stationär is a ***relativ*** *große Lücke und do bleiben dann Patienten* ***irgendwie*** *auf der Strecke, wenn es sozusagen wieder zu einer Verdichtung von Symptomen kommt,…*

… diese Schnittstellen zwischen ambulant und stationär san ganz schwer zu managen, weil eben der Abstand zwischen den Strukturen räumlich aber a inhaltlich zu groß isch…

Patienten mit einer schweren Alkoholabhängigkeit werden oft zu kurz stationär behandelt. Zum Teil entlassen sie sich selbst, deshalb kann in diesen Fällen die Entlassung nicht so gut vorbereitet werden beziehungsweise teilweise auch gar nicht vorbereitet werden.

Für stationäre Einrichtungen ist die Entlassungsvorbereitung oft schwierig, da es kaum ambulante nachbetreuende Strukturen vor Ort gibt.

Die stationäre Psychiatrie hat Mängel in der Entlassungsvorbereitung, da die heutige stationäre Psychiatrie fokussiert ist auf Symptombeseitigung und nicht primär auf eine weiterführende ambulante rehabilitative Behandlung.

… die Entlassungsvorbereitung is schwierig, weil es ja kaum Strukturen gibt ah im Bezirk, na. Abgesehen davon, dass die stationäre Psychiatrie äh äh relativ schwach is, was die

Entlastungsvorbereitung betrifft, generell, auch für Leute, die von mir aus in Innsbruck wohnen, ja. Also die, die heutige stationäre Psychiatrie is fokussiert auf ah Symptombeseitigung und relativ wenig auf ah, auf ah (…) (räuspert sich) weiterführende ah ambulante bezeihungsweise rehabilitative Behandlung…

Psychotherapeuten werden oft bei der Entlassung nicht über ihre Patienten informiert.

Oft werden auch keine relevanten Informationen an die niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie von den Ärzten aus dem stationären Kontext weitergegeben, sondern Informationen werden teilweise nur über die Sozialarbeiter weitergegeben.

… Ja, absolut, was funktioniert ist der Kontakt zwischen den Sozialarbeitern und der funktioniert tadellos und das ist auch der Kontakt, worüber… die meisten Informationen…, … und wenn irgendetwas anderes noch ist, dann rufen die mich eh auch an und sagen, hast du schon gehört, der wird entlassen,… em und die Sozialarbeiter sind mit denen im stationären Bereich super vernetzt, die sprechen wirklich miteinander…

Den Patienten werden oftmals zu wenige Informationen über die Möglichkeiten der außerstationären Betreuung nach der Entlassung mitgeteilt.

3.2.2.2.4.3 Verbesserungsvorschläge für das Entlassungsmanagement unter dem Aspekt der Krisenprävention und Krisenintervention

Es soll eine bessere Zusammenarbeit zwischen den stationären Bereichen der psychiatrischen Fachkrankenhäuser und den niedergelassenen Psychotherapeuten erfolgen. Trotz gesetzlich vorgeschriebener Schweigepflicht soll zumindest ein informeller Austausch über die betreuten Patienten möglich sein und praktiziert werden.

… Ah da seh ich schon konkreten Handlungsbedarf, eh weil, i mer denk, wenn i, zum Beispiel jemanden akut nach Hall schick, ich hör nix, wenn i vom Patienten nix hör, also es ist in Österreich leider nicht üblich, dass Psycho oder behandelnde Psychotherapeuten a verständigt werden ah, wo i mer denk, de Zusammenorbeit isch verbesserungswürdig und zwar sehr verbesserungswürdig, ah i hob oan Kollegen,…, wenn do jemand isch do funktionierts, do wer i a einglodn zu Familiengesprächen, zu Dingen ah, wo i mer denk okay, ober ansonsten ist es schwierig, hängt auch a bissl mit unserer Schweigepflicht zusammen, weil wir ja keine Befunde schreiben dürfen oder was aushändigen dürfen, aber i denk ah, einen informellen Austausch brauchmer einfach alle und des is wichtig und grod, wenn ma jemanden schickt oder jemanden hinbringt, i moan do, glab i, des isch eher so der Bereich

eh der stationären Einrichtungen eh, und im besonderen Hall und ah die Klinik in Innsbruck, je nachdem wo jemand is, es passiert manchmal aber tendenziell eigentlich kaum. Gell, also so, wo i mer denk, do wär die Vernetzung sicher wichtiger…

Auch Kinder psychisch kranker Eltern sollen in die Behandlung miteinbezogen und berücksichtigt werden.

Der ambulante sozialmedizinische Bereich soll in die Entlassungsvorbereitung miteinbezogen werden, insbesondere der Arbeitsplatz sowie auch das soziale Umfeld des Patienten müssen bei der Entlassungsplanung und den Entlassungsvorbereitungen berücksichtigt und einbezogen werden.

Eine frühzeitige Information von Hausarzt, Facharzt und Psychologen über die bevorstehende Entlassung soll erfolgen, um die Rückkehr des Patienten in sein alltägliches soziales Umfeld gemeinsam mit den Angehörigen und dem sozialen Umfeld vorbereiten zu können.

Insbesondere soll ein Case Manager oder Übergangsbegleiter in die Entlassungsvorbereitung eingebunden sein. Es soll eine Optimierung der Schnittstelle zwischen stationärer Entwöhnung und ambulanter Beratungsstelle erfolgen, damit mehr Klienten nach dem stationären Aufenthalt in den ambulanten Beratungsstellen ankommen.

… wenn jetzt, zum Beispiel jemand aus der Entwöhnungsstation entlassen wird, eh was, was passiert da, dass da so wenig tatsächlich dann auch zu mir kommen. Also eh, eh do isch jetzt auch wieder sicher der Kontakt zwischen diesen ambulant und stationären eh Einrichtungen notwendig, wobei sich der bis jetzt no nicht so gestaltet hat, dass i des Gfühl hätte ehm, dass ma do wirklich jetzt die Ziele vom Klienten eh, wo, wo scheinbar a Hemmschwelle isch, also i woaß von Patienten oder Klienten, die dann zu mir kommen, die kennen jetzt mi schon, die waren schon vorher do, die schaffen des dann, also dieses Herkommen, eh weil dea, dea persönliche Bezug schu do isch, aber wenn ietz Patienten entlossn werden, die diese Stelle überhaupt nit kennen eh, dann do, do kummen ganz wenige, also die landen eigentlich nit bei mir…

Zur konsequenten Nachbetreuung ist eine persönliche Übergabe des Klienten an die nachbetreuenden Einrichtungen mit Aushändigung von Telefonnummer, Name und Termin bei der nachbetreuenden Einrichtung an den Patienten wichtig.

Dem Patienten soll ein Entlassungsbericht mit den wesentlichen Informationen bereits am Entlassungstag mitgegeben werden. Der Entlassungsbericht soll nicht nur die formalen,

sondern die wesentlichen inhaltlichen Informationen enthalten, insbesondere unter dem Aspekt, dass die Patienten oft selbst nicht über ihren Behandlungsverlauf beziehungsweise das empfohlene Procedere informiert sind.

Medikamentöse Empfehlungen müssen auch an die Zeit nach der Entlassung angepasst werden und nicht nur für den stationären Aufenthalt optimal eingestellt sein.

Neue Klinikärzte in der psychiatrischen Abteilung müssen besser über die ambulanten Nachbetreuungsangebote informiert werden.

… dass, dass die Ärzte, also grad junge Ärzte an, an der Klinik, zum Beispiel in … ah wiederum wenig Informationen habn zu den Angeboten außerhalb der Station, ge, äh dass des äh relativ wenig guat weitergeben wird, ah auf den Stationen, dass, do brauchats halt immer wieder oder dass, dass des mehr in in den Vorlesungsbereich a eingebunden weard oder im Fortbildungsbereich für für Assistenzärzte. Des merkt ma immer wieder, äh dass ma do immer wieder von vorn anfangen muss, weil des klinikintern eigentlich wenig weitergeben wird…

Das ambulante rehabilitative Angebot soll als gleichwertig im Vergleich zum stationären Angebot wahrgenommen werden.

3.2.2.3 Ambulante, poststationäre Betreuung im Kontext der Krisenprävention und Krisenintervention

3.2.2.3.1 Anforderungen an die ambulante Betreuung

In der ambulanten Betreuung ist eine Vielfalt an Angeboten regional vor Ort wichtig.

Wichtig sind Angebote sowohl im ambulanten rehabilitativen Bereich als auch Selbsthilfegruppen.

Die niedergelassenen Fachärzte sind essentiell in der ambulanten Betreuung, es soll jedoch eine Wahlmöglichkeit für Patienten hinsichtlich der Person und des Geschlechtes geben.

Bei allen Einrichtungen und Diensten soll das Gefühl der Gesamtverantwortung vorhanden sein.

Die Kontinuität der Betreuung ist wichtig. Insbesondere soll die langfristige Betreuung möglichst durch die gleichen Ärzte, Pflegepersonal und Psychologen beziehungsweise Psychotherapeuten erfolgen.

… Es ist sicherlich einmal ein eh, eine Forderung die Compliance, die Adhärenz auch zu verbessern, dass eh eine möglichst, eine möglichst lange Kontinuität im Betreuungssetting besteht, das heißt, dass eh, dass eh, eh der betreuende Arzt, Pfleger, Psychologe auch langfristig den Betroffenen zur Verfügung stehen soll…

Die gemeinsame Wissensbasis von Betroffenen, Angehörigen und Hausärzten ist zur Vermeidung einer Weitergabe von widersprüchlichen Informationen wichtig.

… ein eh, eine Kontinuität im personellen Bereich, ja eh, eh entsprechende psychoedukative Maßnahmen bis zur Vermittlung eh, dass, in dem Sinne eh, dass eh Betroffene, Angehörige eh, Mitarbeiter der ehm, Mitarbeiter der eh unterschiedlichen eh sozialpsychiatrischen Einrichtungen, Hausärzte auch eine gemeinsame Wissensbasis haben und nicht dann wider, widersprüchliche Informationen an den eh, eh Patienten und seine Angehörigen herangetragen eh, getragen werden…

3.2.2.3.2 Defizite der ambulanten Betreuung im Fokus der Krisenprävention und Krisenintervention

Die ambulante psychiatrische sowie auch insbesondere kinder-und jugendpsychiatrische Pflichtversorgung ist absolut unzureichend.

… Die Pflichtversorgung ist nach wie vor völlig unzureichend, also wenn i des irgendwo gewichten würde, was das größte oder das katastrophalste Versäumnis is, dann is des sicher diese völlig unzureichende ah also kassenärztliche Versorgung der psychiatrischen und da wiederum noch mal gravierender im kinder-und jugendpsychiatrischen Bereich, da ist es am allerärgsten, des is eigentlich, es is eigentlich a Skandal…

Quantität und Qualität der fachspezifischen Strukturen und des Personals des Versorgungsnetzes sind für die ambulante Behandlung entscheidend. Eine Zwischenstufe zur Behandlung im Zentralraum (Innsbruck, Hall, Entfernungen siehe Tabellen 13, 14) fehlt vor Ort im Bezirk Reutte.

Im ambulanten Bereich gibt es wegen der zu großen Auslastungen zu lange Wartezeiten.

Insbesondere fehlt eine koordinierende, vernetzende Stelle sämtlicher Einrichtungen.

Nach der Entlassung hat der Patient häufig fast ausschließlich Kontakt zu den Angehörigen, da sonst meist kein soziales Umfeld existiert. Bei Überforderung der Angehörigen müssen die Klienten häufig in das Zentrum (Raum Innsbruck, Entfernungen siehe Tabellen

13, 14) umsiedeln, da sie sich dort anonymer aufhalten können und mehr rehabilitative Angebote existieren.

Hinsichtlich der Berufs-und Beschäftigungstherapie ist festzustellen, dass die Plätze der Beschäftigungsinitiative des Sozialpsychiatrischen Dienstes derzeit immer ausgelastet sind.

Höherschwellige Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation fehlen im Bezirk Reutte, deshalb müssen viele Klienten für diesen Part der rehabilitativen Unterstützung nach Innsbruck (Entfernungen siehe Tabellen 13, 14) übersiedeln.

… iatz für alle andern, die ah, (...) sehr hochschwellig also, die do, wo ma, was, was, was höherschwelligeres bräuchte oder (…) des wie in Innsbruck … a Berufsrehabilitation, des homma natürlich nit, des gibts halt nur in Innsbruck, diese Zwischenstufe fehlt natürlich…

Hinsichtlich des Krisendienstes und der Notfallhilfe in Reutte muss gesagt werden, dass die bisher leicht verfügbaren Krisenwohnungen der Gemeinde inzwischen langfristig vergeben sind.

Die zunehmende Fragmentierung der Dienstleistungen und Verantwortlichkeiten führt konsekutiv zu einer eingeschränkten und einrichtungsbezogenen Sicht des Klienten.

Die Bereitschaft der Klienten nach einem stationär-psychiatrischen Aufenthalt eine ambulante Suchtberatungsstelle aufzusuchen ist gering. Es kommen nur diejenigen Klienten wieder in der ambulanten Beratungsstelle an, die schon zuvor Kontakt zur Beratungsstelle aufgenommen hatten.

… zu am Alkoholrückfall, do kommens dann am ehesten wenn sie an Kontakt zum Verein BIN haben dort hin, aber do homma a ganz, a große Lücke (…)…, die, die Beratungsstelle (...) ehm m mutet an, als ob eigentlich man im Bezirk Reutte nit wirklich a Alkoholproblem hätte. Also die, die, die, die (stottert etwas) Kontaktaufnahme mit der Struktur is ganzzz seicht und i glaub, des liegt uanfach a daran, dass das, das sozusagen Hilfesuchverhalten schon von vornherein ahm eher problematisch is und des Zwoate,(…) … und die Froge isch, wieso kumma koane Patienten aus Hall dann zum BIN also, wenn sie dann amol bei uns waren, diese Schnittstellen zwischen ambulant und stationär san ganz schwer zu managen, weil eben der Abstand zwischen den Strukturen räumlich aber a inhaltlich zu groß isch…

Depressive Patienten sind oft aus krankheitsbedingten Gründen nicht in der Lage trotz Motivationsarbeit durch den psychosozialen Dienst in die Beschäftigungsinitiative des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu kommen.

Die Hausärzte, die häufig einen Großteil der psychiatrischen Behandlung übernehmen, verordnen zum Teil über lange Zeiträume unkritisch Psychopharmaka, die nach einem stationären Aufenthalt als Empfehlung verordnet werden, weiter.

In Österreich ist die Psychotherapieausbildung ohne fundierte medizinische oder psychologische Ausbildung möglich.

… jetzt bin ich net ganz begeistert von der österreichischen Art der Psychotherapie, eh weil des einfach jeder machen kann, ich denk mir, ein bisschen eine medizinische oder eine fundierte psychologische Basisausbildung sollte notwendig sein...

Es gibt keine adäquate Finanzierung, um dem essentiellen Ziel Case Management-orientiert zu arbeiten nachzukommen.

… dazu brauchts dann wieder eine einigermaßen adäquate äh Finanzierung dieser Leistungen, die ja überhaupt nicht gegeben is beim momentanen äh Finanzierungssystem bei uns, dadurch gibts sehr wenig Tendenz in die Praxis zu gehen, beziehungsweise gibts keine Anreize a wirklich Case Management-orientiert mit den Leuten zu arbeiten…

Gesprächsleistungen mit Patienten werden im ambulanten Bereich nur inadäquat finanziert. Konsekutiv zur ungenügenden Finanzierung ambulanter Leistungen arbeiten viele niedergelassene Ärzte im privaten Bereich. Diese privaten Behandlungen kann sich jedoch nicht jeder Patient leisten.

3.2.2.3.3 Gut funktionierende Abläufe der ambulanten Betreuung im Fokus der Krisenprävention und Krisenintervention

Im Bereich der Sozialarbeit gibt es aus dem stationären Bereich ein zufriedenstellendes Entlassungsmanagement.

Einen Case Manager gibt es auch für den Bezirk Reutte.

Insbesondere nach längeren stationären Aufenthalten besteht ein guter Kontakt zwischen den Sozialarbeitern aus dem stationären Bereich und dem ambulanten Bereich, teilweise auch mit den Ärzten.

Die Patienten werden aus der stationären Einrichtung in der Regel erst entlassen, wenn eine Unterkunft vorhanden ist.

In den letzten Jahren hat sich die Zusammenarbeit zwischen den stationären und ambulanten Einrichtungen deutlich verbessert.

Regional vor Ort besteht ein regelmäßiger Kontakt zwischen dem niedergelassenen Facharzt und dem Sozialpsychiatrischen Dienst. Mindestens einmal pro Woche findet eine gemeinsame Besprechung statt.

… worüber ich die meisten Informationen bekomme, weil ich treff mich also einmal die Woche mit denen, also das ist eh schon mal ein Fixpunkt und wenn irgendetwas anderes noch ist, dann rufen die mich eh auch an und sagen, hast du schon gehört, der wird entlassen…

Man muss jedoch auch sagen, dass es heute schon deutlich mehr Behandlungsmöglichkeiten durch den Sozialpsychiatrischen Dienst gibt als früher.

Der Sozialpsychiatrische Dienst hat bisher alle Klienten nach der stationären Entlassung aufnehmen können, ist jedoch kapazitätsmäßig am Limit angekommen.

… Die für, die für die BI in Frage kommen und des annehmen können, glaub i, do isch, isch a lückenloser Übergang, wenn mas früh gnug wissen, möglich, also bis iatz homma no niemand abweisen müssen, ah (...) da, da wo ma früh gnug gwisst hobn, er wird entlassen, um nocha, wenn des eben vo die Ärzte so als wichtig erachtet wird, sofort einzusteigen, nicht Zwischenzeit zu Hause zu verbringen, sondern sofort in die BI einzustellen, des isch also vo unserer Seiten bis iatz immer möglich gwesen, iatz vielleicht nit täglich am Anfang, weil es oft platztechnisch oft nicht geht, am Vormittag, aber an 2-3 Tagen ischs bis iatz immer möglich gwesn...

Soziales Umfeld und Angehörige werden vom Sozialpsychiatrischen Dienst eingebunden.

Die Behandlungskontinuität im Behandlungssetting ist in peripheren Bezirken leichter erreichbar, da eine geringere ausbildungsbedingte personelle Fluktuation zu verzeichnen ist.

… dass eh eine möglichst, eine möglichst lange Kontinuität im Betreuungssetting besteht, das heißt, dass eh, dass eh, eh der betreuende Arzt, Pfleger, Psychologe auch langfristig den Betroffenen zur Verfügung stehen soll. Das erreichen wir im eh, im eh, im eh eh, in den peripheren Bezirken sogar noch leichter als eh im Zentralraum, wo aufgrund der Aus-

bildungsnotwendigkeit eh, die Halbwertzeit eines Assistenten an einer Abteilung auch, ja, leider sehr kurz ist, andererseits wiederum eh, ist es für die, auch für das Ausbildungscurriculum wiederum notwendig, dass eh der Betroffene eh fachehh, künftiger Facharzt möglichst eine umfassende Ausbildung mit eh einem ausreichenden Patientenkontakt in den verschiedensten Diagnosegruppen sich aneignen e eh kann. Wichtig aber für die, für die eh, eh Rezidivprophylaxe ist, wie gesagt, ein eh, ein eh, eine Kontinuität im personellen Bereich…

3.2.2.3.4 Verbesserungsvorschläge für die ambulante Betreuung im Fokus der Krisenprävention und Krisenintervention

Wohnheime und Wohngemeinschaften mit 24-Stunden-Bereitschaft inklusive Übergangswohnungen sollen eingerichtet werden.

Es soll eine Zwischenstufe eingerichtet werden zwischen der psychiatrisch-stationären Behandlung und der Alkohollangzeitbehandlung.

Der ambulante Bereich soll gestärkt und ausgebaut werden. Insgesamt soll das Prinzip ambulant vor stationär verwirklicht werden.

*… des is klar, dass man den ambulanten Bereich stärken muss, also die stationäre Behandlung is ja, (...) is ja, is ja **ein** Teil im System und nicht ein übergeordneter Teil, na. Ja. Also ich bin nach wie vor, auf ambulant vor stationär, diesessss Schlagwort, sag i jetzt amol, diese, diese Strategie halt i nach wie vor für sinnvoll…*

Gemäß den Psychiatrieplänen sollen mehr nachbetreuende Stellen sowie Rehabilitationsangebote auch an anderen Orten des Bezirkes eingerichtet werden.

Auch Krisenzimmer sollen eingerichtet werden, dies ist leicht in den Räumlichkeiten beispielsweise des Sozialpsychiatrischen Dienstes ohne Aufbau zusätzlichen Personals organisierbar.

Für Obdachlose oder von Obdachlosigkeit bedrohte psychisch kranke Menschen muss es auch Angebote geben.

Es soll eine ambulante Abteilung am regionalen Krankenhaus eingerichtet werden unter der Leitung eines sozialpsychiatrisch orientierten Facharztes mit der Intention zur Vernetzungsarbeit.

… dass ah, wenn ein entsprechender Arzt dort is, ..., ja und sozialpsychiatrisch orientiert is, dass ah die ambulanten Zahlen explodieren, aber nit iatz ah ah, wenn man Bedarf weckt, sondern wenn ma ungesättigten Bedarf, ungedeckten Bedarf eigentlich langsam abdeckt, ja. Und der Niedergelassene dann in Lienz (Anmerkung: Lienz in Osttirol) ah hot genauso viel zu tun wie vorher und fühlt sich entlastet eher durch das Krankenhaus, die psychiatrische Abteilung im Krankenhaus, die ja nit nur Bettn hot, sondern sehr stark auch ambulant tätig is…

Das Budget für Klienten, die noch keinen Antrag auf Leistungen nach dem Tiroler Rehabilitationsgesetz gestellt haben, soll für die Betreuung im psychosozialen Zentrum sowohl finanziell als auch personell aufgestockt werden. Aufgrund erkrankungsbedingter Ängste wird oft kein Antrag auf Leistungen nach dem Tiroler Rehabilitationsgesetz gestellt. Deshalb soll für kurzfristige Beratungen und Betreuungen durch den Sozialpsychiatrischen Dienst weiterhin ohne Antrag eine bestimmte Stundenzahl pro Woche finanziert werden.

Die Psychotherapeuten sollen motiviert werden auch schwierigere psychisch kranke Patienten zu übernehmen.

… Vielleicht müsst ma a die, die Psychotherapeuten vor Ort no ermutigen, dass sie sich auf psychiatrische Patienten einlassen, des is a bissle a Problem bei vielen Psychotherapeuten, dass die Angscht habn vor psychiatrischen Patienten. Je schwerer krank sie sind, umso mehr Angscht ähm besteht halt leider. Ma hat halt lieber Menschen, die nur äh Probleme haben, sunsch, aber die nit wirklich plötzlich massive psychiatrische äh Erkrankungen habn…

Die Einrichtung einer Assistenz für psychisch kranke Menschen korrelierend zu Klienten mit einer körperlichen Behinderung ist für die Übergangszeit nach einer stationären Entlassung zur weiteren Stabilisierung sowie für den Wiedereinstieg in das Berufsleben und auch für die Begleitung bei Alltagsaufgaben wichtig.

Niedergelassene Hausärzte sollen hinsichtlich ihrer psychiatrischen Kompetenzen geschult werden.

Es soll ein regelmäßiger Austausch von Informationen zwischen den einzelnen Einrichtungen etabliert werden, beispielsweise in Form von Fallkonferenzen zur Verhinderung der Fragmentierung der Verantwortlichkeiten.

… die eh Fragmentierung der, der Verantwortung eh kann eben auch durch ehm, durch einen regelmäßigen Gedankenaustausch eh, durch Fallkonferenzen auch vermieden werden, natürlich ist eh hier immer wieder eh zu bedenken, dass eh dadurch wohl notwendige Gespräche der eh, der internen Kommunikation stattfinden, andererseits, dass wir nicht mehr ***über*** *den Patienten und weniger* ***mit*** *den Patienten sprechen. Ja also diese Balance ist sicherlich auch immer zu bedenken...*

Der Trialog soll auch in Reutte aufgebaut werden.

3.2.2.4 Krisenintervention und Krisenprävention im Bezirk Reutte

3.2.2.4.1 Krisenintervention im Bezirk Reutte

3.2.2.4.1.1 Defizite der Krisenintervention im Bezirk Reutte

Die Lehrer fühlen sich bei verhaltensauffälligen und problematischen Schülern, falls keine Selbst-oder Fremdgefährdung vorliegt, alleine gelassen. In Krisen-und Notfallsituationen gibt es nur die Möglichkeit der Zwangseinweisung.

Die angeforderten Gutachten über verhaltensauffällige Schüler nehmen zu viel Zeit in Anspruch und es wird auch nur die Frage der Fremdgefährdung abgeklärt. Für verhaltensauffällige Schüler ist über die Abklärung und den Ausschluss einer Fremdgefährdung hinaus keine Person zuständig und ansprechbar.

Ein Facharzt alleine kann keine 24-Stunden-Bereitschaft anbieten.

Insgesamt arbeiten alle Berufsgruppen lieber im Zentrum in Innsbruck (Entfernungen siehe Tabellen 13, 14) als in peripheren Regionen. Somit ist fachkompetentes Personal vor Ort im Bezirk Reutte für den Aufbau eines Krisenteams nur mangelnd verfügbar.

… Es gibt in Tirol a paar Wohngemeinschaften meistens zentrumsnahe, weil a die Berufsgruppen, die dort tätig sein, lieber in Innsbruck arbeiten als in Reutte oder Lienz und ah die, die diese Arbeit organisieren lieber in Innsbruck des organisieren als nach Reutte raus fahren und dort dann vielleicht a Fortbildung organisieren und damit homma in den peripheren ländlichen Regionen anfach, wenn man vom Krisen-rund-um-die-Uhr-Dienst spricht, samma do gonz gonz weit entfernt…

Es gibt keine stationären Strukturen mit psychiatrisch ausgebildetem Fachpersonal vor Ort.

Die ambulanten Versorgungsangebote sind insgesamt im Bezirk Reutte zu wenig ausgebaut.

… es ist natürlich die, diiiiee, iiim, im, (stottert etwas) im großen Konzert der sozialpsychiatrischen Versorgung wär natürlich ah ausgebautes Krisen (...)-hilfesystem, ah ideal, mir hom also leider in Tirol aufgrund der (...) noch nicht ausgebauten Versorgungsangebote ah, noch nicht ahhhhhhh so ein umfassendes Krisen ah, Krisenprogramm ah etabliert…

Wohngemeinschaften gibt es im Bezirk Reutte kaum.

Ebenso gibt es keinen aufsuchenden Krisendienst.

Insgesamt ist der Bezirk Reutte ein ländlicher bevölkerungsschwacher Bezirk mit zum Teil abgelegenen Orten. Es handelt sich um einen kleinen Bezirk, der weit vom Zentralraum (Entfernungen siehe Tabellen 13, 14) entfernt ist. Dies erschwert den Aufbau von ambulanten Strukturen vor Ort.

Laut gesetzlicher Vorgaben wie dem Unterbringungsgesetz soll zunächst das gelindeste Mittel eingesetzt werden. Dies ist jedoch in Reutte nicht realisierbar, da es keine Alternative zur Zwangseinweisung nach Hall (Entfernungen siehe Tabellen 13, 14) gibt.

Es gibt für das Wochenende keinen festen Ansprechpartner im Bezirk Reutte, dem der psychisch kranke Patient übergeben werden kann beziehungsweise, der über einen Patienten im Fall einer sich anbahnenden Krise informiert werden kann.

Die ambulanten Einrichtungen haben nur begrenzte Öffnungszeiten. Derzeit gibt es somit nur zeitlich begrenzte Möglichkeiten der Betreuung. Außerhalb der Sprechstundenzeiten fehlt die psychologische, psychotherapeutische und psychosomatische Unterstützung beziehungsweise Ansprechbarkeit.

… hob i vielleicht nur a zeitlich begrenzte zentrale (…) äh (…) Hilfemöglichkeit und ***so*** *schauts aus meiner Sicht aus. Mir hobn zwar die zentralen Krankenhäuser Innsbruck und und Hall, die momentan für den Bezirk Reutte zuständig sind, die vielleicht a telefonisch und rund um die Uhr anlaufbar sind, aber* ***regional vor Ort*** *äh vielleicht a, a Struktur, die vom Patienten gut annehmbar is, weil des isch vielleicht a psychiatrisches Krankenhaus, denk i amol, haben wir in Reutte ganz, ganz wenig und des wär, des was i mir wünschen würde,* ***Dienste****, die nicht das Stigma einer psychiatrischen Versorgung tragen, die aber von Menschen, die sich in Lebenskrisen befinden auch angnommen werden können…*

Die Psychiatriereform ist bisher im Bezirk Reutte nur zum Teil umgesetzt worden.

Die Sprengelärzte schätzen die Indikation zur Zwangseinweisung unterschiedlich ein.

3.2.2.4.1.2 Gründe für funktionierendes Hilfesystem ohne psychiatrischen Krisendienst im Bezirk Reutte

Prinzipiell funktioniert das Krisensystem im Bezirk Reutte gut.

Verschiedene Berufsgruppen und Angehörige engagieren sich.

… Aber des wär wichtig, vor allem je weniger Strukturen es gibt für die psychiatrischen Patienten, umso wichtiger wär, dass ma die Angehörigen a mehr schult und mehr unterstützt, weil die halt an guten Teil der weiteren Betreuung und wenn man so will, a Stück a Behandlung der Patienten aufoktrouiert kriegen. Manche machens, äh machens a gern, weil sie an Sinn drin sehen, ob des immer gut is is a andere Frage. Aber es passiert halt so, also von daher, denk i, da wär die Unterstützung der Angehörigen schon a was ganz Wichtiges…

Die Hausärzte betreuen viele psychisch kranke Menschen.

Die Gesellschaft für psychische Gesundheit pro mente Reutte ist für ihre Klienten auch bei Bedarf 24 Stunden telefonisch erreichbar.

Beim niedergelassenen Facharzt in Reutte sind schnell Termine in Krisensituationen möglich.

Helfer überschreiten oft die Grenzen ihrer Zuständigkeit, um als Ansprechpartner fungieren zu können.

Das Bezirkskrankenhaus Reutte nimmt auch psychiatrische Patienten auf der Internen Abteilung auf.

… natürlich des Krankenhaus, des is natürlich in Reutte a natürlich von Vorteil für die Leute, dass die Leute sich ans Krankenhaus wenden können und dann sicher o öfters in der Internen untergebracht werden, fallweise werden sie vielleicht auch verschickt werden nach Hall, aber des erleichtert natürlich die Situation am Wochenende das Krankenhaus…

Die kirchliche Seelsorge im Bezirk ist sehr engagiert.

Im schulischen Bereich gibt es einzelne sehr engagierte Schulärzte.

Im Bezirk Reutte funktioniert das System der Krisen-und Notfallhilfe vor allem im Bereich von Unfällen, falls das Kriseninterventionsteam involviert ist.

In Krisensituationen findet eine sehr gute Zusammenarbeit mit Polizei und Rotem Kreuz statt.

3.2.2.4.1.3 Vorteile eines Krisendienstes für den Bezirk Reutte

Die Aufrechterhaltung der Betreuungskontinuität kann durch Übergabe der Klienten in Krisensituationen an den Krisendienst für das Wochenende und Zeiten außerhalb der Sprechzeiten gewährleistet werden.

Der Einbezug des sozialen Umfeldes sowie gegebenenfalls erforderliche Änderungen im sozialen Umfeld sind einfacher durch wohnortnahe Strukturen realisierbar.

Eine Weiterbetreuung nach akuten Unfallereignissen ist durch wohnortnahe Strukturen einfacher organisierbar.

Der Vorteil einer frühzeitigen Krisenintervention besteht darin, dass psychisch kranke Menschen oft weniger gewalttätig von der Bevölkerung erlebt werden, falls die Patienten vor einer Eskalation erreicht werden können. Dies wird auch der Stigmatisierung und den Vorurteilen vorbeugen.

3.2.2.4.1.4 Verbesserungsvorschläge und Empfehlungen für Krisendienst im Bezirk Reutte

Die Installierung eines Krisendienstes kann als Modellprojekt im Bezirk Reutte gestartet werden.

… Krisendienst, der aufsuchend, ja auch das Krankenhaus zu verlassen in der Lage ist oder in Verbindung mit niedergelassenen Psychiatern, Pflegern, der Psychologen auch in einer ah Krisensituation, nach Aufforderung von Seiten von Angehörigen, Nachbarn, in der Lage ist und auch rechtlich abgesichert einen Hausbesuch ehm durchführen kann. Vielleicht wäre das auch im, in der Tat in einer kleinen Region als Modelleinrichtung, auch, für, wenn ich jetzt auf Tirol zu sprechen komm, auch eh eh, ja, eine Möglichkeit, dass wir diese Erfahrungen, die im Außerfern[8] ehm haben gesammelt werden können, dass man die dann auch auf die Zentralregion, net, übertragen kann…

Krisen-und Notfallhilfe kann im Projekt Psychiatrie eingeplant und einbezogen werden.

Wichtig ist eine stufenweise Umsetzung der Regionalisierung.

[8] Bezeichnung Außerfern wird synonym für Bezirk Reutte verwendet.

Dabei ist ein ausreichendes Budget für den Aufbau eines Krisenteams erforderlich.

Durch ein ausreichendes und adäquates Angebot an ambulanten Strukturen ist es möglich, Patienten früher aus dem stationären psychiatrischen Kontext zu entlassen.

Der Aufbau flächendeckender Krisendienste ist einfacher realisierbar durch motivierendes Eingreifen von politischer Seite. Krisendienste verursachen zwar zu Beginn Kosten, sekundär kommt es jedoch zu einem volkswirtschaftlichen Nutzen und damit konsekutiv auch zu Kostenreduktionen.

… Und, i denk, ma müsst die Politik wirklich motivieren derartige Dienste flächendeckend anzubieten, was momentan wahrscheinlich bedeuten würde eine Zunahme an Kosten, aber sekundär a deutliche Reduktion an Kosten bedeuten würde, nur diese volkswirtschaftliche Herangehensweise, die ah, die anfach a bereit wär amol zu investieren, um a la longue gsehn a gute Versorgung zu hoben...

Eine psychiatrische Ambulanz am Bezirkskrankenhaus Reutte wird nicht viel kosten.

Es soll eine Anlaufstelle für Krisen eingerichtet werden, die 24 Stunden erreichbar ist.

Zunächst soll ein niederschwelliges Krisenangebot beispielsweise ein Notfalltelefon angeboten werden.

Es soll ein multiprofessionelles Team aufsuchend arbeitend vorhanden sein, bestehend aus Facharzt, psychiatrischem Pflegepersonal und Sozialpsychiatrischem Dienst. Das Team kann räumlich an das Gebäude des Roten Kreuzes oder des Bezirkskrankenhauses Reutte angebunden sein.

Hinsichtlich der Optimierung der psychiatrischen Versorgung im Bezirk Reutte soll ein zusätzlicher Facharzt am Bezirkskrankenhaus im Sinne eines Liaisondienstes etabliert werden. Denkbar ist auch ein zusätzlicher Facharzt mit Kassenvertrag. Eine Kooperation mit der grenznahen Psychiatrie ist diskussionswürdig.

… Ich glaub aber, wenn, wenn es eh gelänge hier diese Idee des eh, des psychiatrischen Facharztes, eh der der eh Inneren Medizin im Krankenhaus Reutte zugeordnet ist, dass wir dann schon zumindest vielleicht auch mit einer, mit einer Unterstützung mm mit, eh durch eh Kolleginnen und Kollegen aus ehm, aus Kempten oder aus anderen Bereichen einen, der Aufbau möglich wäre...

Pflegepersonal soll fachspezifisch im psychiatrischen Bereich im Bezirkskrankenhaus ausgebildet werden.

3.2.2.4.2 Krisenprävention im Bezirk Reutte

3.2.2.4.2.1 Defizite der Krisenprävention im Bezirk Reutte

Es existieren Informationsdefizite über psychische Erkrankungen und Umgang mit psychisch Kranken bei der Bevölkerung des Bezirkes. Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Kranker werden durch bestehende Wissensdefizite und Vorurteile in der Bevölkerung mitbedingt.

Informationsveranstaltungen über psychische Erkrankungen werden von der Bevölkerung kaum angenommen.

… dass ma bedrohte Personen oder auch ah Umgebungspersonen erreicht und ah die schult oder informiert oder (...) Unterstützungs-und Hilfeleistungen bahnt, dass, wenn des so is, dass es dann besser stattfindet, ah findet zu am geringen Teil durch unser Zentrum in Reutte statt, wenn wir (räuspert sich) Informations (...) veranstaltungen mochn. Und trifft aber dann im Prinzip auch nur eine sehr begrenzte Zahl von Personen, im Regelfall Angehörige von psychisch Kranken, die dann bereit sind bei solchen Vorträgen (...) aufzutauchen und sich zu informieren. (....)…

In ländlichen Regionen besteht eine hohe Hemmschwelle einen Krisendienst aufzusuchen und zu kontaktieren.

… und i glaub, dass do in Österreich und dann im speziellen Fall in bildungsfernen ländlichen Regionen äh do äh a besonders hohe Schwelle besteht, dass Menschen Krisendienste überhaupt annehmen…

Vorträge über psychische Erkrankungsbilder und psychische Gesundheit in Schulen sind abhängig vom Engagement des jeweiligen Lehrers.

3.2.2.4.2.2 Gut funktionierende Angebote der Krisenprävention im Bezirk Reutte

Die Gesellschaft für psychische Gesundheit pro mente leistet gute Arbeit und zeigt viel Einsatz und Engagement.

… i woaß (...)... des ah, dass die sehr viel unterwegs sein und, und sehr großen Einsatz hobn…

Beim Facharzt für Psychiatrie beziehungsweise auch Hausarzt sind immer Notfalltermine organisierbar.

Kontakt und Co führen bereits Präventionsvorträge in den Schulen durch.

Manche Hausärzte haben einen guten Zugang zu psychisch kranken Menschen.

*… Es gibt einzelne Hausärzte, die **selber** einfach viel Verständnis für psychiatrische Patienten haben, um die simma am meisten froh…*

3.2.2.4.2.3 Empfehlungen und Verbesserungsvorschläge zur Krisenprävention im Bezirk Reutte

Zur Krisenprävention sollen tools zum Umgang mit Veränderungen im Leben vermittelt werden sowie insbesondere auch die Hilfe zur Selbsthilfe.

Indikatoren, die drohende Krisen anzeigen können, sollen identifiziert werden, zum Beispiel hohe Unfallraten, Abwanderung von Arbeitsplätzen oder Arbeitslosenrate.

… aber, i glaub, des, des isch ganz schwierig, des san so, soo, so komplexe Systeme ah, dass des schwer zu erkennen ist. Je kleiner natürlich die Region wird und die, die je mh, (stottert etwas) sozusagen je geschlossener das System ist, i hob do Reutte eigentlich als solches irgendwie im Kopfe, könnte mir schon vorstellen dass die Möglichkeit besteht, (...) zu erkennen: wir hoben do a Abwanderung von Arbeitsplätzen, die Arbeitslosigkeit, denk i, isch a wichtiger Faktor, mir ah, wir hoben, keine Ahnung, an hohen Anteil an, an, an Unfällen usw., dass man do vielleicht Ideen entwickeln könnte…

Von politischer Seite ist es für den Bezirk positiv, wenn die Sensibilität für entstehende Krisensituationen verbessert wird. Somit kann bereits beginnenden Krisensituationen entgegengewirkt werden.

Auch Sozialberufe wie Erste Hilfe, Feuerwehr, Polizei, Hausärzte, Krankenhausärzte, Altersheime, Apotheker und Rettungsdienste sollen geschult und informiert werden. Dies kann beispielsweise in Form eines interdisziplinär gestalteten Jahresplanes mit regelmäßigen Fortbildungen und Informationsveranstaltungen erfolgen.

… und ich denk mir, auch für die niedergelassenen Ärzte, aber auch für die Krankenhausärzte Fortbildungen wären schon sehr gut, also das heißt eigentlich diese Mediatoren, man könnts ja auch mal für die Apotheker oder was weiß ich oder auch für die Polizei oder

immer bestimmte Themenbereiche aussuchen und drüber sprechen und dann eventuell auch schön diskutieren und über Mediatoren könnt man auch eine tolle Wirkung erzielen…

Im Kontext der Suizidprävention sollen die Angehörigen beachtet und ebenfalls eingebunden werden.

Wichtig sind mehr Öffentlichkeitsarbeit sowie die Veröffentlichung regelmäßiger Artikel in den lokalen Medien über psychische Erkrankungen sowie über den Umgang mit psychisch kranken Menschen.

Arbeitgeber in der Region sollen Präventionsangebote für ihre Mitarbeiter initiieren.

… Des heißt wie kanns gelingen dieser Stigmatisierung noch entgegen zu wirken durch Aufklärung und des wär a wichtiger Teil der Prävention schon und do, denk i, aber auch natürlich an Arbeitgeber, weil je mehr der Stress steigt und je mehr der Druck steigt, umso mehr psychische Probleme wärn ma kriegn und umso mehr psychiatrische Patienten wirds a gebn. Also a do wäre wichtig, dass allgemein äh die Bevölkerung no mehr aufgeklärt wird drüber, was kann ma denn tun, um möglichst im psychischen Bereich gesund zu bleiben oder wie erkennt man schon früher Anzeichen, wie kann man möglichst schnell schon äh, wo ma noch kann, weil, wenn ma dann wirklich ganz tief in aner, in, an der Psychose ist, dann, dann geht ja selber meistens gar nix mehr…

In Schulen sollen Präventionsinhalte regelmäßig vermittelt werden. Es soll, zum Beispiel ein Unterrichtsfach Soziales Lernen etabliert werden.

Wichtig sind vielfältigere Rehabilitationsangebote vor Ort sowie der Ausbau der psychosozialen Strukturen und die Einrichtung einer psychiatrischen Ambulanz am regionalen Bezirkskrankenhaus mit beispielsweise Sprechstunden freitags nachmittags und samstags beziehungsweise auch stundenweisen Sprechstunden als ersten Schritt.

… Bei Krisenprävention, denk i mer, miesst ma des Angebot ausbauen, des ist auf alle Fälle ah wichtig, ahm, i denk, die GPG leistet viel gute Arbeit, aber, i glaub ah, dass de ah immer wieder mit m Kapazitätsproblem kämpfn, also auch da, glab i, brauchts an Ausbau, ehm für Erwachsene, wos gar nix gibt isch bei Kinder, also so, wo i mer denk, Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene fallen komplett raus, da brauchts auch a Angebot, ansonsten, denk i, ist die Froge, auch im Krankenhaus eh, wo gibts sowas wie an Notdienst, aber nicht ehrenamtlich, sondern der a wirklich im Krankenhaus angesiedelt ist…

Ein Krisenbett soll am Bezirkskrankenhaus Reutte installiert werden und Krisenaufnahmen sollen sowohl im regionalen Krankenhaus als auch in Wohn-und Pflegeheimen mit einer adäquaten psychiatrisch geschulten Betreuung möglich sein.

Auch beim Sozialpsychiatrischen Dienst in Reutte sollen Krisenbetten installiert werden. Der psychosoziale Dienst beziehungsweise der Facharzt für Psychiatrie soll 24 Stunden telefonisch erreichbar sein.

Selbsthilfegruppen sollen finanziell gestärkt werden.

Die Schulärzte sollen in die Betreuung verhaltensauffälliger Schüler in den Schulen mehr einbezogen werden.

Insgesamt soll es im Bezirk mehr Angebote für Kinder und Jugendliche geben.

Die psychosoziale Beratungsstelle der Tiroler Gebietskrankenkasse soll auch in Reutte etabliert werden, zumindest tagesweise.

Beratungsstellen sollen auch in den abgelegenen Gemeinden des Bezirkes existieren und nicht nur in Reutte.

… grad im Außerfern[9] ah ja, sind natürlich die, die, die unterschiedlichen Täler, also es is äh, die anzelnen Orte san nit so leicht zugänglich und für die Bevölkerung uanfach schwierig auch in die Beratungsstellen zu kommen. Und do brauchts sicher an an Ausbau…

Insgesamt ist mehr Flexibilität der Angebote wichtig. Es soll individuellere und maßgeschneidertere Angebote für jeden einzelnen Klienten geben.

Wichtig ist eine gute Vernetzung und Koordination aller Einrichtungen auch für Krisenfälle, gesteuert durch einen Case Manager.

Hausbesuche sollen durch Hausärzte zusammen mit Sozialarbeitern möglich und insbesondere auch abrechenbar sein.

Ein gruppenpsychotherapeutisches Angebot soll für Erwachsene auch in Reutte aufgebaut werden.

[9] Bezeichnung Außerfern wird synonym mit Bezirk Reutte verwendet.

3.3 Ergebnisse Experteninterviews für das südliche Oberallgäu

Exemplarisch sind einige von den Experteninterviews übernommene Zitate wortgetreu jeweils in kursiver Schrift in den nachfolgenden Kapiteln aufgeführt.

3.3.1 Adäquate psychiatrische und psychosoziale Versorgungsstrukturen im südlichen Oberallgäu

In dieser Hauptkategorie werden diejenigen psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsstrukturen (Einrichtungen und Dienste) angeführt, die für eine bedarfsgerechte Versorgung und Hilfeleistung psychisch kranker Menschen von den interviewten Experten für erforderlich gehalten werden.

In den folgenden beiden Kategorien werden einerseits die Versorgungsstrukturen und Hilfestellungen im Bereich der Allgemeinpsychiatrie und andererseits der fachspezifischen Bereiche Kinder-und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Gerontopsychiatrie sowie Suizide aufgeführt.

3.3.1.1 Allgemeinpsychiatrische und psychosoziale Versorgungsstrukturen

3.3.1.1.1 Arten der Versorgungseinrichtungen

3.3.1.1.1.1 Hilfen zur stationären Unterstützung

Stationär-psychiatrische Einrichtungen werden für eine adäquate psychiatrische Versorgung für erforderlich gehalten.

Den stationären Einrichtungen soll eine koordinierende Funktion und nicht eine Verwahrfunktion zukommen.

… Das bedeutet für mich in der Praxis, dass es wichtich ist eh Krankenhäuser auch zu haben, die irgendwo ne Zuständigkeit haben, die da als n Kompetenzzentrum sind, so im englischen System Community Health Team, eh koordinieren auch in gewisser Weise, die aber eben wirklich bloß im Notfall zuständig sind, die keine Verwahrfunktionen haben…

Pflegeheime sind für Patienten mit extremen Verläufen von chronischen psychiatrischen Erkrankungen vorzuhalten.

Des Weiteren sind Krisenpensionen als stationäre Unterstützungseinrichtungen sinnvoll für den Fall, dass die Betroffenen in Krisensituationen zuhause nicht mehr betreut werden können.

… also des isch natürlich so dieses Wunschdenken ehm, ja dann ehm, mein ich, dass es sinnvoll wäre, Krisenwohnungen eh, Krisenbetten, also alles ehm möglichst auch im Wohnbereich, im Lebensbereich des Hilfebedürftigen zu bauen…

Auch teilstationäre Behandlungsmöglichkeiten, beispielsweise in Form einer tagesklinischen Behandlung sind erforderlich.

3.3.1.1.1.2 Ambulante und kommunale Dienste

Für eine adäquate psychiatrische Versorgung sind ambulante Hilfen im niedergelassenen Bereich erforderlich und zwar Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapeuten sowie Psychiater mit dem Fachgebiet Kinder-und Jugendpsychiatrie.

Die niedergelassenen Kollegen sollen sich auch für Kriseninterventionen zuständig fühlen.

Es soll multidisziplinäre Teams geben, bestehend aus multiplen Berufsgruppen: Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Beschäftigungstherapeuten, Kunsttherapeuten, Musiktherapeuten und eine pflegerische Versorgung. Multidisziplinäre Teams können über die Psychiatrische Institutsambulanz organisiert werden.

Als wichtiger Faktor wird der Bereich des Wohnens in unterschiedlichen Formen genannt. Es sollen unterschiedlichste Wohnformen angeboten werden, zum Beispiel einzelne Heime für schwere Verlaufsformen von psychischen Erkrankungen.

Ambulant Betreutes Wohnen soll angeboten werden sowie kleinste Wohneinheiten in Geh-Entfernung zu einem Stützpunkt, der auch Nachtbereitschaft anbieten soll.

… aber des is, was es Wohnen angeht, auch bei uns hier immer wieder a Thema, wo ma sagen: Was brauchts eigentlich zwischen der wirklich eigenständigen Wohnform und dem Wohnheim? Mir habn hier mihh ahh, in, in den vergangenen Jahren immer wieder mal mit Wohngemeinschaften angefangen, verabschieden uns inzwischen von den Wohngemeinschaften durchaus auch mit dem Satz: das ist eigentlich nur an Angebot für die, die am Fittesten sind, weil do muss ma nämlich a ganze Menge an Konfliktfähigkeit mitbringen, ah des habn die Menschen nicht, aber es braucht eigentlich Formen, wo die Menschen zwischen dem alleine Wohnen, was sie zum Teil überfordert und zu einsam macht und dem

Heim brauchts sehr flexible Zwischenformen des Wohnens, obs jetzt a virtuelles Heim is, wo nne engmaschigere Begleitung möglich is, aber die Menschen an eigenen Wohnraum habn oder au sowas wia Appartementwohnen ah, nicht zu viele Patienten an einem Ort, 3,4,5, aber da, dann jeder hat a eigenes, a Haustüre, aber es gibt ein gemeinschaftliches Angebot, so also des fehlt…

Insgesamt wird der Wunsch nach flexiblen Zwischenformen, beispielsweise in Form eines virtuellen Heimes mit im Bedarfsfall engmaschigen Betreuungsmöglichkeiten geäußert.

Als großer Punkt wird die Unterstützung bei alltäglichen Dingen genannt.

Als weiterer Aspekt der extramural begleitenden Einrichtungen wird das Vorhandensein eines Sozialpsychiatrischen Zentrums mit Tagesstätte genannt.

Es sollen ambulante Notfallinterventionsmöglichkeiten angeboten werden.

In diesem Kontext wird die Vergabe von subakuten Terminen innerhalb von maximal 1-2 Wochen für erforderlich gehalten.

3.3.1.1.1.3 Tagesbeschäftigung und strukturierende Aktivität

Es soll niedrigschwellige tagesstrukturierende Angebote in Form von Treffpunkten und Begegnungsstätten geben.

Die ehrenamtliche Nachbarschaftshilfe wird ebenfalls erwähnt.

Des Weiteren soll es flexible und multiple Arbeits-und Beschäftigungsformen je nach individuellen Möglichkeiten und Ansprüchen geben. Es sollen Nischenjobs mit entsprechender Förderung vorgehalten werden, ebenso wie Hilfen zur beruflichen Rehabilitation.

… ahmm und sicherlich tagesstrukturierende Maßnahmen, Treffpunkte, Begegnungspunkte, ahmm was wir viel zu wenich haben, ist die Möglichkeit Menschen mit Handicaps ähmm in bei ihrer, bei einer Arbeitstätigkeit zu unterstützen, also MMMenschen, die auf dem ersten meist oder auf dem zweiten Arbeitsmarkt keine Chancen haben, denen noch eine sinnvolle Tätigkeit zu vermitteln oder sie auch ahmm adäquat zu unterstützen bei Tätigkeiten, die sie vielleicht wirklich an Arbeitsstellen machen, wo üblicherweise auch Menschen am ersten Arbeitsmarkt arbeiten, also irgendwo so Nischenjobs ahmm, die eine entsprechende Förderung haben, also das fehlt am meisten im Moment, finde ich…

Erforderlich ist die Unterstützung bei der Integration in das Arbeitsleben sowohl für den ersten als auch den zweiten Arbeitsmarkt sowie auch Unterstützung bei der Tätigkeit am jeweiligen Arbeitsplatz selbst.

Es soll auch die Möglichkeit von sinnvollen Tätigkeiten existieren sowie das Angebot verschiedener Beschäftigungsmöglichkeiten in unterschiedlichen zeitlichen Dimensionen, beispielsweise in Vollzeit, stundenweise in einem Spektrum von einfachsten bis hin zu komplizierteren Tätigkeiten.

… ich glaube, dass nichts so einen stabilisierenden Faktor hat wie Beschäftigung. Das muss nicht Vollzeit sein, das kann stundenweise sein, das kann einfachste Tätigkeit, was Komplizierteres sein, aber Beschäftigung stabilisiert und gibt Selbstwert und gibt Sinn im Leben und gibt Kontakte und gibt auch manchmal n bisschen Geld…

3.3.1.1.2 Inhaltliche Anforderungen an die Einrichtungen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung

Die Einrichtungen sollen qualifiziert besetzt sein mit psychiatrisch geschulten Teams.

Die Behandlung soll entsprechend den aktuellen Empfehlungen gewährleistet werden.

Wichtig ist, dass die Termine zeitnah vergeben werden und dass eine Betreuung auch am Wochenende und nachts möglich ist.

… Also es sollte keine zu langen Wartezeiten haben, es muss sicher nicht jeder am nächsten Tag nen Termin bekommen, aber (atmet)(...) zwei Wochen statt 2-4 Monaten wär sicher (...) erstrebenswerter…

Insgesamt sollen die Hilfen modular aufgebaut werden. Es gibt verschiedene Ebenen einer guten Versorgung. Es muss die Akutversorgung bis hin zur Langzeitbetreuung gewährleistet sein.

Am positivsten ist, wenn eine Betreuungsperson für den jeweiligen Klienten zuständig ist. Die Zuständigkeit der Betreuungsperson soll sich sowohl auf den ambulanten als auch auf den stationären Bereich erstrecken.

… Das is nich so, also es gehören verschiedene Elemente dazu, es gehört dazu die Vernetzung, ja also, ich stelle mir vor, dass ein Mensch im Laufe der Zeit, wenn er verschiedener Hilfen bedarf, nicht unbedingt dauernd die Personen wechseln muss, sondern dass die Person mitgeht, ja, plus die jeweils speziellen Beigaben für eine bestimmte Situation…

Es soll für die unterschiedlichen psychiatrischen Bereiche spezifische Angebote geben, auch für Kinder und Jugendliche sowie auch für gerontopsychiatrische Klienten.

… aber auch im Kinder-und Jugendbereich entsprechende Angebotsstrukturen und es sollte sich natürlich dann durchdeklinieren für die einzelnen Bereiche bis hin zum, bis hin zum gerontopsychiatrischen Angebot, das auch im Komplementärbereich zu intensivieren wäre, aus meiner Sicht, weil da relativ wenig in der Vergangenheit bisher geschehen ist…

Wichtig ist ein differenziertes und umfangreiches Angebot auch im niedergelassenen Bereich.

Es muss zur Stabilisierung eine medizinische und auch therapeutische Grundversorgung gewährleistet sein sowie ein Beschäftigungsangebot zur Festigung und Rückkehr sowie Reintegration in das Alltagsleben.

Die Angebote, die im Bezirk beziehungsweise der Region vorgehalten werden, müssen ausgewogen sein, es darf keine Struktur zu übermächtig werden.

3.3.1.1.3 Kriterien und Richtwerte für die psychiatrische und psychosoziale Versorgungsplanung

Alle Bevölkerungsschichten müssen erreicht werden, auch im Bereich der Suchtversorgung. Es hat sich gezeigt, dass insbesondere die oberen und unteren Bevölkerungsschichten nur schwer erreichbar sind.

… Ahm wie stell ich mir eine Versorgung vor, also grundsätzlich denk ich, sollte sie natürlich eh optimalerweise alle Bevölkerungsschichten erreichen und es ist ehm klar, dass wir nur Segmente unserer Bevölkerung erreichen, also ich denke, was recht selten ehm oder ehm Ratsuchende, die selten bei uns erscheinen sind, zum einen eh, die am oberen und am unteren Rand, also sowohl eh, ja Wohlhabende, Akademiker, ehm, was weiß ich, Manager und, und, und eh kommen nicht zu uns oder wenn dann ganz selten und natürlich auch ehm Menschen, die eh ja, am sozusagen am sozialen Rand existieren, das sind ah natürlich Wohnungslose, Obdachlose, aber sicherlich auch eh Menschen aus der Unterschicht, die erstmal gar nicht ehm motivierbar sind überhaupt an ihrem Konsum was zu verändern. Ich mein von dieser großen Zahl der Abhängigkei, Abhängigen in Deutschland variieren die Zahlen ja zwischen 1,6 und 3 Millionen, da ist ja eine ziemlich große Dunkelziffer, keiner weiß es endgültig genau, ehm, sind natürlich nur die Allerwenigsten, ich kann jetzt den genauen Prozentsatz nicht sagen, aber ich hab so 5-6 % in Erinnerung, die eigentlich dem

Hilfesystem zugeführt eh werden oder die, die in ne Beratungsstelle, in ne Therapie oder in eine Selbsthilfegruppe gehen und das ist natürlich ein eh, sehr kleiner Prozentsatz im Verhältnis zu dieser, zu diesem großen Gesellschaftsproblem…

Als Grundsatz der Versorgungsplanung muss man davon ausgehen, dass sich die Planung an den Ressourcen orientieren soll und nicht von den Defiziten der Klienten ausgehen darf.

Ambulante Hilfen sollen im Vordergrund stehen. Vor der Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen sollen zunächst alle ambulanten Möglichkeiten ausgeschöpft werden.

… Also so (...) wenig wie möglich, so viel wie nötig. Das is, äh also da bin ich auch ein Stück weit ein ganz klarer Anhänger der Dörnerschen Doktrin, dass ma eigentlich die psychisch erkrankten Menschen net äh hospitalisieren soll/kann/darf, sondern dass möglichst lange im ambulanten Kontext und auch in seinem, mit seinem eigenen Sozialmilieu (...) ne Betreuung erfolgen soll…

Das Prinzip der Inklusion soll bei der Versorgungsplanung beachtet werden.

Insbesondere der Faktor Arbeit beziehungsweise Beschäftigung stabilisiert außerordentlich.

… Arbeit stabilisiert unglaublich,…, ich glaube, dass nichts so einen stabilisierenden Faktor hat wie Beschäftigung. Das muss nicht Vollzeit sein, das kann stundenweise sein, das kann einfachste Tätigkeit, was Komplizierteres sein, aber Beschäftigung stabilisiert und gibt Selbstwert und gibt Sinn im Leben und gibt Kontakte und gibt auch manchmal n bisschen Geld…

Die Versorgung muss gewaltfrei sein und die Privatsphäre jedes Einzelnen berücksichtigen. Wichtig ist, dass es sich um eine kompetente Versorgung handelt. Sie muss verschiedene Sphären beinhalten, wie Arbeit, Wohnen, soziale Teilhabe, Integration, medizinische, psychologische und psychotherapeutische Versorgung.

Es ist wichtig und darauf soll in Zukunft hingearbeitet werden, dass der stationär-psychiatrische Bereich an somatisch stationäre Bereiche angegliedert werden soll. Die Isolierung der Psychiatrie soll abgeschafft werden und somit die Diskriminierung und Stigmatisierung psychiatrischer Patienten.

Es soll keine großen Heime mehr geben, sondern höchstens Kleinstheime für schwer psychisch kranke Menschen.

Es muss die niedrigschwellige Erreichbarkeit der ambulanten Angebote gewährleistet sein.

3.3.1.2 Fachspezifische psychiatrische und psychosoziale Versorgungsstrukturen

3.3.1.2.1 Kinder-und Jugendpsychiatrie beziehungsweise verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche

3.3.1.2.1.1 Status quo der kinder-und jugendpsychiatrischen Versorgung

Es besteht im südlichen Oberallgäu ein Mangel an Kinder-und Jugendpsychiatern.

Es gibt generell einen Mangel an Einrichtungen für psychisch auffällige Kinder und Jugendliche. Die üblichen Einrichtungen sind für diese Altersgruppe nicht ausgerichtet.

Das Problem ist, dass Persönlichkeitsstörungen keine Indikation zur stationären Behandlung beziehungsweise psychopharmakologischen Medikation darstellen und somit eine stationäre Behandlung meist weder indiziert noch zielführend ist.

… wo ich meine, dass ma da no, denk i, in Zukunft stärker was tun muss, das sind einmal, einmal junge Leute mit Persönlichkeitsstörungen, also ich stell schon immer wieder fest, dass des son Personenkreis ist ehm, mit dem niemand so recht was anfangen kann, das ist ja keine psychiatrische Diagnose, die auch häufig über Medikamente psychiatrisch nicht behandelbar ist, sondern das eh, da liegen einfach massive Persönlichkeitsstörungen vor, wo man ne andre Art der Behandlung einfach finden müsste und da hab ich schon den Eindruck, dass eh da bei uns noch Defizite da sind, dass ma da nicht so recht weiß, was macht ma eheh mit denen ehmm und die, die wie gsagt, die hängen so bisschen in der Luft, denk ich, ahmm man bringt sie immer wieder mal dann auch, sag i mal, aus nem Akt der Verlegenheit doch im Bezirkskrankenhaus unter, ohne dass dort tatsächlich geholfen werden kann, weil einfach im Grund gnommen kann, weil einfach im Grund gnommen keine psychiatrische Diagnose vorliegt, sondern es eine Persönlichkeitsstörung halt ist…

Für die Altersgruppe zwischen 18 und 25 Jahren gibt es mangelnde Zuständigkeiten beziehungsweise eine Schnittstellenproblematik der verschiedenen Zuständigkeiten. Die unterschiedlichen Finanzierungstöpfe für die Kinder-und Jugendpsychiatrie und die Erwachsenenpsychiatrie sowie die Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Sozialhilfe erschweren eine Koordination der Hilfen. Es werden viele Startchancen für junge Menschen durch diese Schnittstellenproblematik verspielt.

… Da is natürlich sicher die Schnittstellenproblematik ah der verschiedenen Bereiche von Jugendhilfe ah, Kinder-und Jugendpsychiatrie, ah Psychotherapie für Kinder und Jugendliche ah und das Gleiche gspiegelbildlich wieder im Bereich der Erwachsenenhilfe, also es is ja dann auch no amol die Schnittstelle ah der krankenversicherungsfinanzierte Bereich SGB V und dann der sozialhilfefinanzierte Bereich SGB XII, was dann eher wieder die ambulante psychiatrische Versorgung bedeutet, also ***da*** *is mit Sicherheit ein Handlungsbedarf ah addd genauer zu kucken und ah die verschiedenen Spieler, die in dem Bereich tätig sind auch viel klarer und deutlicher zu vernetzen, im, in also, i denk, do gibts durchaus Angebote, aber eine, es gibt no kei gute Vernetzung und a gemeinsame Sprache, ahm ah zum einen. Dann halt ich für die Gruppe der ah Menschen zwischen 18 und 25 o nomal braucht eigentlich ne genauere und sorgfältigere Betrachtung, weil die fliegen so aus der Jugendhilfe raus mit 18, gehören dann zum Teil überhaupt no nit in die Erwachsenenpsychiatrie, werden dann aber in der Jugendhilfe nicht mehr versorgt, in der Erwachsenenpsychiatrie noch nicht versorgt und da gibts ein elendes Hin-und Hergeschiebe zwischen den, also bei den 18-21 Jährigen, wo i mir denk, do wärn ganz viele Startchancen von jungen Menschen ohm ja, oft verspielt, weil die* ***echt*** *ein eigenes Angebot brauchen…*

In den sozialpsychiatrischen Einrichtungen fühlen sich die jungen Menschen unter älteren Klienten fehlplatziert.

Zunehmend sind psychische Erkrankungen bei Jugendlichen zu registrieren, die noch nicht im Berufsleben stehen.

3.3.1.2.1.2 Verbesserungsvorschläge und Handlungsbedarf im Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung

Da der Bezirk derzeit erst dann zuständig ist, wenn bereits Handlungsbedarf, zum Beispiel im Bereich der Suchterkrankungen besteht, muss es die Möglichkeit zur Prävention von Suchterkrankungen geben.

Von Seiten der Kostenträger ist es wünschenswert, dass mehr Strukturen für die Präventionsarbeit geschaffen werden und zwar unabhängig vom Leistungsträger.

Bei der Integration in das Arbeitsleben soll auf verhaltensauffällige beziehungsweise psychisch kranke Jugendliche weniger Druck ausgeübt werden. Insgesamt soll mehr Rücksicht auf Jugendliche mit multiplen Vermittlungshemmnissen genommen werden.

Wichtig sind eine gezieltere und individuellere Förderung und das Vermeiden einer Überforderung der Jugendlichen und gegebenenfalls erst später eine Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Erstrebenswert ist eine bessere Kooperationsbereitschaft zwischen Schulen, Ämtern und Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation beziehungsweise Beschäftigung.

… Also ich finde, dass man zunehmend n bisschen gucken muss auf die Jugend, ähm, wir haben hier mittlerweile eine Entwicklung, dass wir auch sehr viel jüngere Menschen bekommen, die einfach so unter diesem so genannten Stichwort mehrere Vermittlungshemmnisse oder multiple Vermittlungshemmnisse leiden, die aus meiner Sicht aber mit ner gewissen Geduld und mit einer gewissen Disziplin gut behandelbar sind. Das mag jetzt ne Lernbehinderung sein, das mag vielleicht auch leichte Züge von einer ADHS sein, ahm, aber auf diese Menschen sollte man ein bisschen mehr Rücksicht nehmen, gerade dahingehend, dass sie nicht versucht werden, an irgendwelchen Schulen gleich in irgendwelche Vermittlungsinitiativen ähm, Initiativen gesteckt zu werden, um dann auf Biegen und Brechen auf dem ersten Arbeitsmarkt untergebracht zu werden, sondern auch da erst mal wirklich zu gucken, kann man ihn nicht doch irgendwie in der WfbM dann auch fördern, erst einmal und ihn dann langsam wieder vermitteln und dafür fehlen uns aber auch, für meine Begriffe, son bisschen noch die Strukturen…

3.3.1.2.2 Psychosomatik

Es kommt zu einer zunehmenden Spaltung zwischen den Bereichen der Psychiatrie und der Psychosomatik. Diese Situation erschwert die Versorgung.

Die psychosomatischen Kliniken behandeln und betreuen häufig bevorzugt Patienten mit weniger ausgeprägten psychischen Krankheitsbildern. Insofern ist eine mangelnde Versorgungsgerechtigkeit zu registrieren.

… wir haben aus meiner Sicht, die immer größere Spaltung in dem Bereich Psychiatrie und Psychosomatik, die die Versorgung auch oft erschwert, weil da so was wie Rosinenpickerei stattfindet durch die psychosomatischen Kliniken, die natürlich die weniger kranken und lukrativeren Patienten sich eh bindet und die, der Rest, der dann (…) übrig bleibt ist, der schwerkranke Bereich, das is auch im Sinne der Versorgungsgerechtigkeit keine gute ehm Lösung…

3.3.1.2.3 Gerontopsychiatrie

3.3.1.2.3.1 Status quo der gerontopsychiatrischen Versorgung

Im Bereich der Gerontopsychiatrie gibt es andere Bedarfe als in der Allgemeinpsychiatrie. Insofern muss das Versorgungssystem für gerontopsychiatrische Patienten anders gestaltet sein als im Bereich der Allgemeinpsychiatrie.

In Heimen ist zu beobachten, dass eine Unklarheit über die Zuständigkeit für die Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten besteht. Es ist auch zu diskutieren, welche gerontopsychiatrischen Qualifikationen das Pflegepersonal haben und wer das Personal diesbezüglich schulen muss.

Korrelierend zur demographischen Entwicklung ist eine Zunahme an demenzerkrankten und gerontopsychiatrischen Patienten zu verzeichnen. Diese können und sollen auch nicht alle stationär untergebracht und versorgt werden und haben auch meist den Wunsch in den gewohnten Lebensbezügen zu verbleiben.

Im südlichen Oberallgäu gibt es derzeit keine adäquate ambulante Versorgungsmöglichkeit von demenzkranken Menschen.

… der zweite Personenkreis ehm, der ehm zunimmt, des isch einfach die Frage der eh Älteren, Alten an Demenz Erkrankten, also ist der gerontopsychiatrische Bereich eh, da simmer ja dabei kontinuierlich auszubauen, aber da muss sicher in Zukunft auch noch mehr geschehen, grad, a grad auch, denk ich, hier im Bereich der aufsuchenden Hilfe, weil es natürlich ein Personenkreis isch, der sich ganz stark zurücknimmt. Da is im Alter ohnehin ne Tendenz da, die sozialen Kontakte brechen eher ab, werden weniger, es findet n Rückzug statt, weil ma insgesamt gebrechlicher wird, nimmer so rausgeht und ehm eh da, denk ich, isch es ganz wichtig, dass ma hier ein System der aufsuchenden Versorgung, Sozialarbeit und medizinischen Versorgung entwickelt ehm, das noch stärker greift eh…

3.3.1.2.3.2 Verbesserungsvorschläge und Handlungsbedarf für den gerontopsychiatrischen Bereich

Es muss noch mehr Hilfestellungen und Hilfseinrichtungen für älter werdende psychisch kranke Menschen geben.

Ein weiterer Aufbau der gerontopsychiatrischen Hilfen ist erforderlich in Form von aufsuchenden Hilfen. Aufsuchende Hilfen sind insbesondere unter dem Aspekt erforderlich, dass ältere Menschen generell Rückzugstendenzen haben und sich sozial isolieren. Eine

aufsuchende Versorgung ist sowohl im Bereich der Sozialarbeit als auch der medizinischen Versorgung erforderlich.

Es soll ein gerontopsychiatrischer Dienst installiert und aufgebaut werden. Spezifisch für den Bereich der gerontopsychiatrischen Patienten soll das Fachpersonal beim Sozialpsychiatrischen Dienst ausgebaut werden.

… Also diesen gerontopsychiatrischen Dienst, äh… des wäre auch ne Variante, Variation, der in Schwaben natürlich angegangen werden müsste. Wir hobn bisher in, in Fachkräfte a bissle investiert bei den Sozialpsychiatrischen Diensten in dem Bereich, aber es langt natürlich äh an keiner Stelle aus, wenn man sich überlegt, wie die demografische Entwicklung weitergeht und wie sich die äh Erkrankungen insgesamt darstellen, ist ja bekannt, dass Geriatrie und Gerontopsychiatrie einen hohen Stellenwert bekommen werden in Zukunft…

Spezifische Angebote für gerontopsychiatrische Klienten sind wünschenswert und erforderlich. Es sollen, beispielsweise Kontaktmöglichkeiten, tagesstrukturierende Angebote sowie eine Begleitung der älteren Menschen und eine altersadäquate Betreuung geschaffen werden.

Wichtig sind Ansprechpartner für die Angehörigen. Sie sollen über die diversen Möglichkeiten bei der häuslichen Pflege und Betreuung gerontopsychiatrischer Klienten beraten werden. Am besten ist hierfür eine möglichst niederschwellige Anlaufstelle geeignet.

Zur Versorgung gerontopsychiatrischer und auch insbesondere dementer Klienten ist die Möglichkeit der Familienpflege in Betracht zu ziehen. Es ist empfehlenswert die Familienpflege aufzubauen und dies gerade in kleinen Regionen, in denen es nicht so vielfältige Angebote gibt.

… also, was wirklich fehlt oder beziehungsweise nirgendswo hier da is, ist so die, die Familienpflege, da irgendwie,(…) das wär auch son Baustein, der gerade in diesem ländlichen Bereich…

3.3.1.2.4 Suchterkrankungen

3.3.1.2.4.1 Status quo im Kontext der Suchtversorgung

Die Zahl an spielsüchtigen Menschen nimmt tendenziell zu.

Durch die jetzige Versorgung werden nicht alle Bevölkerungsschichten im Bereich der Suchtversorgung erreicht. Es gibt eine große Dunkelziffer an Abhängigen. Nur 5-6% der Abhängigkeitskranken werden vom Hilfesystem erreicht und kommen in die Beratungsstellen und dann auch in therapeutische Behandlung.

… es ist ehm klar, dass wir nur Segmente unserer Bevölkerung erreichen, also ich denke, was recht selten ehm oder ehm Ratsuchende, die selten bei uns erscheinen sind zum einen eh, die am oberen und am unteren Rand, also sowohl eh, ja, Wohlhabende, Akademiker, ehm, was weiß ich, Manager und, und, und eh kommen nicht zu uns oder wenn, dann ganz selten und natürlich auch ehm Menschen, die eh ja, am sozusagen, am sozialen Rand existieren, das sind ah natürlich Wohnungslose, Obdachlose, aber sicherlich auch eh Menschen aus der Unterschicht, die erstmal gar nicht ehm motivierbar sind überhaupt an ihrem Konsum was zu verändern. Ich mein, von dieser großen Zahl der … Abhängigen in Deutschland variieren die Zahlen ja zwischen 1,6 und 3 Millionen, da ist ja eine ziemlich große Dunkelziffer, keiner weiß es endgültig genau, ehm, sind natürlich nur die allerwenigsten, ich kann jetzt den genauen Prozentsatz nicht sagen, aber ich hab so 5-6% in Erinnerung, die eigentlich dem Hilfesystem zugeführt eh werden oder die, die in ne Beratungsstelle, in ne Therapie oder in eine Selbsthilfegruppe gehen und das ist natürlich ein eh, sehr kleiner Prozentsatz im Verhältnis zu dieser, zu diesem großen Gesellschaftsproblem…

Die Konsumenten illegaler Drogen sind chronisch schwerkranke Menschen.

Im Bereich der Suchtversorgung gibt es andere Bedarfe als im Bereich der Allgemeinpsychiatrie.

Im südlichen Oberallgäu gibt es nur eine Suchtberatungsstelle.

Es ist bereits zu registrieren, dass es in manchen Regionen zu wenige substituierende Ärzte gibt beziehungsweise manche Ärzte haben vermehrten Zulauf, da sie im Ruf stehen die Substitution großzügiger zu handhaben, beispielsweise weniger Kontrollen durchführen oder einfacher eine Zusatzmedikation verordnen. Im Qualitätszirkel für substituierende Ärzte ist es schwierig eine Veränderung beziehungsweise eine einheitliche Vorgehensweise in der Behandlung, das heißt im Procedere der Substitutionsmittelverschreibung, zu erreichen. Es gibt insbesondere aufgrund der Gesetzeslage mit strafrechtlichen Verfolgungen von substituierenden Ärzten zunehmend weniger Ärzte, die sich bereit erklären, Patienten zur Substitutionsbehandlung anzunehmen.

… zum einen ist die Situation der substituierten Patienten eh zum Teil unbefriedigend, weil in manchen Regionen einfach keine ausreichende Versorgung mit substituierenden Ärzten da ist oder es gibt dann manche Ärzte, zu denen ein regelrechter Tourismus praktiziert wird, weil Sie ah im Ruf stehen, dass sie ah das besonders eh großzügig handhaben oder ehm ja, vielleicht eh weniger kontrollieren oder weniger oder, oder eher bereit sind , vielleicht auch noch Zusatz- ehm dosierungen abzugeben, was weiß ich, ja, zusätzliche Medikamente, angefangen von eh Benzodiazepinen über Amphetamine und, und, und, ahm wir haben ja schon seit vielen Jahren einen Qualitätszirkel ambulante ehm, eh substituierender Ärzte hier in Kempten eh, an dem eigentlich, aus dem, aus der ganzen Region Allgäu eh Ärzte teilnehmen und ehm, es wird einfach deutlich, dass des eh, ja äußerst schwierig und mühsam ist, hier auch bestimmte Veränderungen ehm bei der Behandlung ehm von Substituierten zu, zu bewirken, weil jeder Arzt eigentlich ein Einzelunternehmer ist, der natürlich andere, nach anderen ehm Erwägungen arbeitet…

Die Kooperation und Koordination der Hilfeleistungen der Suchtberatungsstelle und des Sozialpsychiatrischen Zentrums für Klienten, die sowohl an einer Suchterkrankung als auch an einer weiteren psychiatrischen Störung leiden, ist zurzeit noch nicht optimal.

3.3.1.2.4.2 Verbesserungsvorschläge und Handlungsbedarf im Kontext der Suchtversorgung

Es sollen sozialpsychiatrische Angebote, insbesondere für den spezifischen Bereich der Spielsucht aufgebaut werden. Zu überdenken ist auch eine Änderung städtebaulicher Vorschriften hinsichtlich der Menge an Spielhallen in Stadtzentren.

Es soll mehr Angebote für betreutes Einzelwohnen geben, auch für schwer gestörte Abhängige und es muss Schwerpunkte für die Versorgung illegal Drogenabhängiger geben.

Insgesamt müssen mehr Initiativen im Bereich der Präventionsarbeit gefördert werden.

In Bezug auf die Suchtberatungsstelle soll es eine Wahlmöglichkeit geben.

… Also i würd mal sagen, in gewissen Bereichen hamma einfach so, iatz sag ma mal, eine Minimalversorgung, wir haben ja eine Suchtberatung von der Caritas. Läuft nach dem Prinzip: … Friss Vogel oder stirb! Wenn da die Kommunikation nicht stimmt, dann stimmt, (...) gibts im Endeffekt nichts anderes. Da wäre sicher natürlich ein Plan B irgendwo auch mal wünschenswert. Aber offensichtlich ist das bei 80000 Patienten hier oben oder eigentlich 80000 Bewohner nicht durchführbar, 80000 Patienten sind es Gott sei Dank nicht,

nee. Ehm (…) ja sag ma jetzt, im Sinne wünschenswert, ja, das haben wir vorhin irgendwo auch schon angesprochen, eigentlich s Risiko oder, oder eh Prävention von irgendwelchen Exazerbationen, aber im Endeffekt eigentlich, sag ma mal, eine allgemeine, psychische, unverbindliche Beratungsmöglichkeit oder Betreuungsmöglichkeit so ne wie für spezialisierte schwere psychisch Kranke, wie das das SPZ macht, aber jetzt für generalisierte…

3.3.1.2.5 Suizide

3.3.1.2.5.1 Status quo im Fokus der Suizide

Von den interviewten Experten sind zu diesem Thema keine Aussagen getätigt worden.

3.3.1.2.5.2 Verbesserungsvorschläge im Kontext der Suizidprävention

Patienten, bei denen der Verdacht auf Suizidalität besteht, dürfen vom psychiatrischen Krankenhaus nicht abgewiesen werden. Es soll zumindest eine kurzstationäre Aufnahme und Beobachtung des Patienten erfolgen, bis die Suizidalität des Patienten besser eingeschätzt werden kann.

*… wichtig wären die ah Suizidalen, dass man da ah jetzt keine Abfuhr bekommt oder dass Patienten ehm, auch aus organisatorischen Gründen nur ambulant eh abgehandelt werden und wie ich das eben auch schon erlebt hab, ehm anschließend eh doch ihren Suizidversuch machen, also da würde ich mir wünschen, dass eh bei den Suizidalen eh, wo man sich nicht **ganz** sicher ist, ehm also wirklich lieber den Patienten maln paar Tage aufnimmt, eh bis man ihn näher kennen gelernt hat eh, bevor man den nach einem kurzen Gespräch wieder nach Hause schickt, ja und das eh find ich schon wichtig...*

Es soll ein hohes Maß an Verbindlichkeit gewährleistet sein sowie eine nachgehende Versorgung in Form des Assertive Community Treatments.

3.3.2 Krisenprävention und Krisenintervention im südlichen Oberallgäu

Die zweite Hauptkategorie widmet sich der Thematik der Krisenprävention und Krisenintervention. Es werden die Strukturen, Einrichtungen und Dienste angeführt, die sowohl im ambulanten Bereich als auch im stationären Bereich zur Vorbeugung und auch Bewältigung von Krisensituationen erforderlich sind.

Insbesondere werden sowohl der Status quo, inklusive der vorhandenen Defizite, als auch Verbesserungsvorschläge beziehungsweise Handlungsbedarf aufgezeigt.

Fokussiert wird in den folgenden Kategorien explizit auf Defizite sowie Verbesserungsvorschläge für das südliche Oberallgäu.

3.3.2.1 Versorgungseinrichtungen der Krisenprävention und Krisenintervention

3.3.2.1.1 Arten an Versorgungseinrichtungen der Krisenprävention und Krisenintervention

Insgesamt entsprechen die für die Krisenprävention sowie Krisen-und Notfallhilfe erforderlichen Strukturen weitgehend den Strukturen, die für eine adäquate psychiatrische Versorgung erforderlich sind.

3.3.2.1.1.1 Ambulante Einrichtungen der Krisenprävention und Krisenintervention

Erforderlich sind aufsuchende Hilfen in Form multiprofessioneller Teams.

Am optimalsten ist die Installation eines flächendeckenden Krisendienstes.

Ein Krisendienst soll am besten bei den bereits bestehenden Einrichtungen angesiedelt werden und nicht ergänzend zu den bestehenden Einrichtungen ein Spezialkrisenteam aufgebaut werden.

Es soll eine telefonische Clearingstelle geben, die filtriert, ob Hilfe sofort vor Ort erforderlich ist oder eine telefonische Beratung ausreicht. Oft genügt eine Komm-Struktur, die auch kostengünstiger ist als eine aufsuchende Geh-Struktur.

… Was man primär braucht, ist ne Clearingstelle, wo Telefonnummern, ne Clearingstelle, wo, wo Dinge gefiltert und sortiert werden, ja, um was für ne Krise handelt es sich, was brauch ich da, eh wie dringlich is es, vielleicht steht jemand oben am Fensterrahmen schon oder es is eh, is er alkoholisiert und hat halt seinen Moralischen, also Leute, die es kompetent einschätzen können, um was es dabei geht, also um, um entscheiden zu können, ich brauch zweitens, also ne Clearingstelle, ich muss ne, auch nicht für jeden der anruft, muss ich ne Möglichkeit haben, den vor Ort aufzusuchen, nicht unbedingt, ich kann ihm auch anbieten zu kommen, …, ja weil das ist natürliche wesentlich aufwändiger die Gehstruktur als ne Kommstruktur…

Eine telefonische Bereitschaft beziehungsweise ein Krisentelefon bei den Beratungsstellen soll mindestens in Kernzeiten zwischen 17.00 Uhr und 22.00 Uhr, also außerhalb der üblichen Öffnungszeiten der Einrichtungen in ländlichen Regionen installiert werden.

3.3.2.1.1.2 Stationäre Einrichtungen der Krisenprävention und Krisenintervention

Stationäre Strukturen inklusive Krisenwohnungen und-betten sind wünschenswert.

3.3.2.1.2 Anforderungen an Einrichtungen der Krisenprävention und Krisenintervention

Es soll mehr Personal vor Ort für Krisensituationen geben.

Es soll mehr Kooperation und Kommunikation zwischen den Einrichtungen geben. Insbesondere sollen mehr Informationen auch über die verschiedenen philosophischen Ansätze der einzelnen Einrichtungen bekannt sein. Es soll eine engere Kooperation aller Anbieter geben.

Ambulante Suchtfachleute sollen bei Bedarf auch im stationären Bereich hinzugezogen werden können.

Die Anbieter müssen sich für all ihre Klienten zuständig fühlen. Für jeden Klienten soll individuell eine Zusammenstellung aller Hilfeleistungen erarbeitet werden, inklusive eines Wochenend-und Notfallplanes. Es soll Angebote auch für das Wochenende geben.

… Also zunächst mal, find i, muss sich jeder Anbieter, egal was er anbietet, ob ambulant Betreutes Wohnen oder irgendwas Stationäres, muss sich äh für seine Leute erscht mal zuständig fühlen und des gut organisieren. Wochenenden vorplanen, wie auch immer, wenn wenig Personal da is. Was passiert denn, wenn also, überhaupt mal n, n Krisen-oder Notfallplan zu habn, für die einzelnen Leute und unter Umständen dann auch für das Wochenende selber was anzubiete, wenn ich n großer Anbieter bin…

Für einen Krisendienst ist kompetentes Personal erforderlich, welches auch die Suizidalität beziehungsweise die Akuität einer psychischen Krise einschätzen kann. Ein Krisendienst muss professionell betrieben werden.

Die Installierung eines Krisendienstes ist eine uralte Forderung der Angehörigenverbände.

Derzeit gibt es im südlichen Oberallgäu keine Krisen-und Notfallhilfe.

… Also hier wär es oder ich sag es jetzt mal im Konjunktiv, weils für meine Begriffe so nicht gibt, also es sollte eine doch noch ähm dezentralere Noteinrichtung geben, also jetzt ist es ja hier für eine Region von, ja, etwa 200000 Einwohnern ein Bezirkskrankenhaus mit ner Notfallambulanz sozusagen oder wo dann eben auch äh Patienten in der Krise direkt hingehen können…

Es sind die beiden kontroversen Standpunkte zu diskutieren: Auf der einen Seite wird ein hochdifferenzierter Krisen-und Notfalldienst mit entsprechender personeller und finanzieller Ausstattung gefordert. Auf der anderen Seite wird empfohlen die bereits bestehenden Strukturen einzubinden und im Bedarfsfall als Krisen-und Notfalldienst zu nutzen.

… Also, es gibt ja zweierlei Lager. Die einen sagen, wir brauchen einen hoch ausdifferenzierten Krisen-und Notfalldienst mit entsprechender Personalausstattung, mit entsprechender Geldausstattung und es gibt das Lager derjenigen, die sagen, wir sollten bestehende Strukturen soweit einbinden, dass einfach ne Möglichkeit gegeben is, das im Hintergrund als Krisen-und Notfall-äh dienst bei entsprechender Situation nutzen zu können…

Der zweite Standpunkt stellt die ökonomischere Variante dar, da bereits Strukturen vorhanden sind, auf die zurückgegriffen werden kann.

Die Region des südlichen Oberallgäus ist zu klein, um einen Krisendienst zu organisieren, es fehlt hierfür insbesondere an finanziellen und personellen Ressourcen.

Der zusätzliche Aufbau eines Kriseninterventionsteams, neben bereits bestehenden Einrichtungen, ist zu teuer. Die vergleichweise zu Großstädten geringere Inanspruchnahme rechtfertigt die hohen Betriebskosten nicht.

Es gibt bereits ein ausgeklügeltes sozialpsychiatrisches sowie medizinisches und therapeutisches System, das auch in Krisensituationen ausreichen soll.

Mit etwas erweiterten Öffnungszeiten von zirka 10 Stunden täglich sind 80-90% der üblichen Krisenzeiten abgedeckt. Es gibt auch sicherlich einen Grund, weshalb es bis auf wenige Ausnahmen keine Kriseninterventionsdienste gibt. Die Vorhaltung von Krisendiensten für einen Großteil des Tages kann gegebenenfalls nur in Großstädten mit einer größeren Häufigkeit an Krisen finanziert werden.

In einer kleinen Region sind Krisensituationen nicht so häufig, dass es hierfür einen eigenen Krisendienst oder Krisentelefon geben muss.

3.3.2.2 Stationäre Behandlung und Entlassungsmanagement im Fokus der Krisenprävention und Krisenintervention

3.3.2.2.1 Status quo der stationären Behandlung im Fokus der Krisenprävention und Krisenintervention

In der Region besteht eine sehr niedrige Bettenmessziffer. Im internationalen Vergleich sind auch die künftig anvisierten 120 Betten für die Versorgung eines Gebietes mit 270000 Einwohnern als sehr niedrig einzustufen.

Insgesamt gibt es nicht zu wenige Ressourcen, sondern es fließen überproportional viele Ressourcen in den stationären Bereich.

… dass die Ressourcen ja gar nicht zu wenich sind, sondern, dass sie halt immer noch überproportional in die stationäre Versorgung gehn, also gerade die Ressourcen für die chronisch kranken Schizophrenen oder biopolaren Psychosen, also die Kerngruppe, um die es ja auch gehn soll, es soll ja nich um die gehen, die da drum rum sind und ah das is schon, schon schlimm, also wir müssen ja im ambulanten Bereich unheimlich immer wieder kämpfen, also fürs ambulant Betreute Wohnen,…

Insgesamt gibt es einen guten Umgang mit der Thematik der Zwangseinweisung beziehungsweise der stationären Einweisung. Mit der Frage der Abwägung zwischen Zwangseinweisung aus Sicherheitsaspekten auf der einen Seite und der zunächst weiteren ambulanten Betreuung auf der anderen Seite wird in Krisensituationen überwiegend sensibel umgegangen.

Häufig ist eine aufwendige Argumentation erforderlich, um die aufnehmenden Ärzte eines psychiatrischen Krankenhauses von der Indikation zur stationären Aufnahme eines ambulanten Patienten zu überzeugen. Vor allem im Bereich Suchterkrankungen und Gerontopsychiatrie ist es schwierig eine stationäre Aufnahme aufgrund mangelnder Kapazitäten zu erwirken.

Wegen mangelnder stationärer Kapazitäten müssen zum Teil Patienten in andere wohnortfernere psychiatrische Kliniken verlegt werden.

Wohnortfernere psychiatrische Kliniken haben teilweise breiter gefächerte Angebote. Gelegentlich ist auch eine Unzufriedenheit der Patienten mit der Behandlung im wohnortnahen psychiatrischen Krankenhaus zu spüren, da sehr unterschiedliche Krankheitsbilder

nebeneinander auf den Stationen untergebracht werden. Dadurch entsteht für die Patienten das Gefühl deplatziert zu sein.

… also ich hatte jetzt selten Fälle, muss ich sagen, wo eh wirklich ne mehrtägige Wartezeit, wenns um die Entgiftung geht ehm, notwendig is oder hingenommen werden muss, ehm ich mein, es ist bekannt, dass das BKH Kempten eh, was Entgiftungen angeht, relativ begrenzte Bettenkapazität hat, da kommt es immer wieder mal vor, dass jetzt meinetwegen nach einem Wochenende oder so ehm, n paar Tage Wartezeiten in Kauf genommen werden müssen, ehm die Tagesklinik hat da zwar schon ne gewisse Entlastung gebracht, aber bei vielen ist natürlich erstmal ne stationäre Entgiftung für die ersten paar Tage erforderlich. In den anderen Krankenhäusern hab ich das bisher eigentlich noch nicht erlebt, dass da mehrtägige Wartezeiten in Kauf genommen werden müssen…

Zum Teil müssen mehrtägige Wartezeiten auf eine Entgiftungsbehandlung in Kauf genommen werden. Das regionale psychiatrische Krankenhaus hat begrenzte Kapazitäten zur Entgiftungsbehandlung.

Die Tagesklinik des psychiatrischen Krankenhauses hat bereits eine Entlastung gebracht. Für einige wenige Tage ist jedoch trotzdem für die meisten Patienten eine zumindest kurzstationäre Entgiftungsbehandlung erforderlich. Für die Entwöhnungsbehandlungen sind unterschiedliche Wartezeiten zu registrieren, abhängig von den Wünschen des Patienten hinsichtlich der Einrichtung, beispielsweise, ob es sich um eine Einrichtung für Männer oder Frauen handeln soll, ob ein bestimmter Träger gewünscht ist oder, ob die Einrichtung eher wohnortnah oder wohnortfern angesiedelt sein soll. Der Antrag auf eine Entwöhnungsmaßnahme benötigt ergänzende Antragsunterlagen (Arztbericht, Sozialbericht). Die Erstellung dieser Unterlagen benötigt Zeit.

In der Region gibt es insgesamt zu viele Heime. Diese Tatsache zieht auch Klienten aus anderen entfernten Regionen an.

Die Zusammenarbeit im Kontext der Einweisung in das psychiatrische Krankenhaus und die Bereitschaft zur Aufnahme ist gut.

Inzwischen besteht im psychiatrischen Krankenhaus eine Wahrnehmung, dass es auch eine außerstationäre Betreuung gibt und Menschen ihren Alltagsort vor allem außerhalb der stationären Strukturen haben und dass es auch sinnvoll ist, die Entlassung besser zu planen.

Wegen fehlender eigener Wohnmöglichkeiten für die Patienten besteht oft als einzige Möglichkeit die Einweisung. Aufgrund dessen ist es erforderlich mehr Wohnraum für die Klienten zu schaffen. Falls Wohnraum vorhanden ist, kann in vielen Fällen gegebenenfalls eine teilstationäre Behandlung erfolgen. Aber aufgrund der zum Teil fehlenden Wohnmöglichkeit der Patienten muss während des stationären Aufenthaltes oftmals händeringend nach Verlängerungsindikationen gesucht werden, um den Patienten nicht ohne Wohnmöglichkeit entlassen zu müssen.

… was es unbedingt bräuchte, sag i mal, wär einfach Wohnraum. Also zunächst mal, manchmal isch es wirklich der pure Wohnraum, der fehlt, dass jemand bei uns stationär sein muss, ja. Es gibt viele Patienten, die ma dann teilstationär behandeln könnte, wenn die irgendwo, sag ich ma, mal, ne Bleibe hätten, ja. Und des bei uns, des is richtig schwierig zum Teil, wenn des au mitm ähm, is jetzt nicht für die Kurzfristigen, aber sonsch au mi, mitm Auftrag von unserem Verein, dass wir zum Teil als Vermieter auftreten, weil die Menschen sonsch anfach keine Wohnung mehr bekommen. Des is aber jetzt fürs längerfristige Geschäft, aber hier für die Klinik wärs ganz wichtig einfach Notwohnungen, Notunterkünfte am beschten hier in der Nähe zu haben, ja, wo ma die Leute dann, müsst ma halt n Zeitlimit geben, dass die maximal, was weiß ich, 3 Monate drin sein können, dass der Betreuer bis dahin dann was organisieren kann, wenns da einen gibt oder wie auch immer. Aber da dran scheitert ganz viel so an sozialen Dingen, ja die man drum rum bauen muss, do, eh sag i mal, da äh händeringend sucht man noch irgendne Diagnose oder ja Verlängerungsantrag aus welchen Gründen auch immer, dass die Menschen dann hier noch bleiben können, weil sie schlicht weg keine Bleibe mehr haben. Das is, das is n Riesen-Manko, find ich, bei uns…

3.3.2.2.2 Defizite der stationären Behandlung im Fokus der Krisenprävention und Krisenintervention

Kurzfristige Aufnahmemöglichkeiten fehlen.

Eine gemeinsame Entlassungsplanung findet meist nur nach Aufforderung durch das Sozialpsychiatrische Zentrum statt.

Oft werden Regelungen durch die stationäre Einrichtung geplant, die nicht den Alltag und die Lebenswirklichkeit der Klienten berücksichtigen. Klienten erklären sich oft mit nachbetreuenden Hilfen im Entlassungsgespräch bereit, um rasch entlassen zu werden.

Bei der Einweisung eines Patienten interessieren sich die stationären Mitarbeiter oft zu wenig für die ambulante Vorgeschichte der Patienten.

… Das was mir auffällt is, dass dann schon die Klinik, i war ganz aktuell gestern bei einer Entlassvorbereitung, die i aber dann eingefordert hab und gsagt hab: Die kann ma nit nausschicken, ohne dass ma uns amal zusammensetzen, dann finden Regelungen statt, die ausm stationären Kontext passieren und die mit dem Alltag und der Lebenswirklichkeit der Menschen nicht, eigentlich zu wenig zu tun habn. Also ne, ne Frau, die jetzt entlassen wird, wo früh, mittag, abend die Sozialstation kommt und ambulant Betreutes Wohnen ah und die gesetzliche Betreuerin mit dabei is und verpflichtend die regelmäßigen Termine beim niedergelassenen Psychiater ah, bei einer Frau, die sich eigentlich auf nichts was Verbindliches einlassen kann, dann kann i die Frau im stationären Kontext auf sowas verpflichten und dann unterschreibt die des o, ahm die Wirklichkeit wird sein, dass sie einfach bei den Terminen nit da is. Und dann hilft des nix, wenn wir sagen, des is net wirklich, wenn ma das vereinbart, ja, aber die hats doch unterschriebn. Und Patienten unterscheibens, weil sie wissen, dann, nur dann komm i raus, sonst lassens mi nit gehen oder die, bei ***der*** *(Patientin) ist dann die, der Droh(…), das Damoklesschwert: dann kommsch ins Heim, entweder sie machen jetzt des mit oder sie kommen ins Heim, ja, dann unterschreibt die Patientin, freiwillig heißts (lacht). Und an der Stelle, iatz war i da au gestern dabei und hab da durchaus die kritischen, im Endeffekt is die Frau dann im klinischen Alltag so angepasst, dass sie da schon wieder zustimmt und iatz wer ma kucken, ob das wirklich funktioniert, aber es wird praktisch net aus der Lebenswirklichkeit Entlassungsw- vorbereitung gmacht, also es wird ja auch bei der Einweisung viel zu wenig gefragt, was war n eigentlich davor? Und es wird bei der Entlassung (...) überwiegend dann, wenn (...) wirs eigentlich au a Stück weit einfordern, findet a gezielte Entlassvorbereitung statt. Ansonsten is, simma inzwischen froh, wenn uns gsagt wird, wenn Patienten entlassen werden, das find i o schon an Fortschritt, dass mas zumindest erfahren…*

3.3.2.2.3 Verbesserungsvorschläge für die stationäre Behandlung im Fokus der Krisenprävention und Krisenintervention

Die Leistungserbringung soll künftig flexibler gestaltbar sein, es soll individueller arbeitende, flexible Teams geben, die im ambulanten und stationären Bereich agieren können.

… Also von daher, wenn i mir jetzt wirklich wünschen würde, dann würd i sagen ähm, es wär schön, wenn ma hier ah an, eine kleine Abteilungspsychiatrie hätten ahm beim, beim

Krankenhaus dabei, aber, und wirklich die Akutkrisen, ma braucht manchmal diesen Scht, (…) dass Menschen sind so, sind so, so, so suizidal oder so psychotisch oder so auffällig in ihrem Verhalte bei bipolaren Psychosen zB, dass es a, um sie auch zu schützen, brauchts an Schutz, a Schutzraum Psychiatrie, wie groß, i denk, der kann deutlich, könnte deutlich kleiner sein, aber wirklich in diesen akuten Zeiten, mir kommen nicht ohne Klinikbetten aus. Aber, wenn i dann eher mit mobilen Teams ah arbeite, die für eine Region ne Allzuständigkeit für, in der Versorgung haben und da hab i sowohl ah die ärztliche Kompetenz, die psychotherapeutische Kompetenz, die Sozialarbeiter, ah die Fachpflege und dann aber durchaus au no a Musiktherapeuten und Ergotherapie, des was ansunschten au no dazu gkhört und i ähm mach mi viel mehr aufn Weg und begleite die Menschen in ihrem Alltag, also des, find i, eigentlich, was Entlassvorbereitung angeht und dann hab i, a dann a, brauch i, über Entlassvorbereitung muss i nimma thematisieren, ah weil des dann einfach selbstverständlich ist, dass der, der ah, an, ambu, Menschen ambulant begleitet auch noch in, in, in ar Klinikstruktur mit dabei is und da genauso für ne bestimmte Personengruppe verantwortlich is, egal an welchem Ort sie gerade aktuell sind…

Die Vorteile eines gemeinsamen Personals im ambulanten und stationären Bereich bestehen darin, dass der Klient nicht nur in der Krise erlebt werden kann, sondern auch seine Alltagskompetenzen wahrgenommen werden können, die der Patient außerhalb der Krisensituation hat. Im jetzigen System wissen die stationären Mitarbeiter oft nicht welche außerstationären Hilfen ein Klient tatsächlich benötigen wird. Es gehen viele Informationen verloren, wenn nur Teilausschnitte des Klienten erlebt werden. Der Klient wird durch ein sowohl ambulant als auch stationär agierendes Team ganzheitlicher und umfassender in seinem sozialen Umfeld und seinen Kompetenzen wahrgenommen werden.

Das psychiatrische Krankenhaus soll sich transparenter darstellen. Die Angliederung der psychiatrischen Abteilung an das bisher somatisch dominierte Klinikum ist ein Schritt Richtung Transparenz, insbesondere um Berührungsängste mit der Psychiatrie abzubauen.

… ich würde mir wünschen dahingehend, dass das BKH weiterhin an dieser Transparenz arbeitet wie sies momentan einfach auch machen, dass sie sich transparent darstellen, ich denk auch mit dieser Angliederung zukünftig hier im Versorgungsnetz an das allgemeine Klinikum in Kempten wäre das mit Sicherheit ein weiterer Schritt auch transparenter zu sein, um einfach auch so ein bisschen die Berührungsängste zu nehmen…

Es soll eine schnellere Aufnahmemöglichkeit, insbesondere für aggressive gerontopsychiatrische und demente Patienten geben, um die familiären Ressourcen zu entlasten und eine Überlastung zu vermeiden.

Oft gehen Informationen aus dem Umfeld bei Aufnahme in die Klinik verloren, weil die Angehörigen nicht einbezogen werden. Oftmals haben die Angehörigen eine Hemmschwelle sich mit ihren Hintergrundinformationen an das Klinikpersonal zu wenden und fühlen sich zum Teil auch nicht für den Bereich der stationären Behandlung zuständig.

Nicht-psychiatrische Ressourcen wie Nachbarn und Vereine sollen ebenfalls eingebunden werden.

Die Kapazitäten am Bezirkskrankenhaus sollen erweitert werden, vor allem für den Bereich der Prävention inklusive der Suizidprävention.

3.3.2.2.4 Entlassungsmanagement unter dem Aspekt der Krisenprävention und Krisenintervention

3.3.2.2.4.1 Wer muss in die Entlassungsvorbereitung frühzeitig eingebunden werden und welche inhaltlichen Anforderungen sind an die Entlassungsvorbereitung zu stellen?

Als erstes muss im Kontext der Entlassungsplanung darüber nachgedacht werden, welche Einrichtungen den Klienten zur weiteren Stabilisierung nachbetreuen sollen.

3.3.2.2.4.2 Nachbetreuende Einrichtungen unter dem Aspekt der Krisenprävention und Krisenintervention

Der einweisende Arzt soll über die Entlassung informiert werden, ebenso wie der gesetzliche Betreuer, falls vorhanden.

Über die Erfordernis einer tagesklinischen Weiterbetreuung soll diskutiert werden. Ebenso über die ambulante Weiterbetreuung durch den niedergelassenen Facharzt oder die Psychiatrische Institutsambulanz. Suchtambulanzen und Suchtberatungsstellen sollen bei Bedarf eingebunden werden, ebenso gegebenenfalls das Sozialpsychiatrische Zentrum mit der Möglichkeit der aufsuchenden Hilfeleistung. Angehörige müssen selbstverständlich ebenfalls informiert werden.

… der, der Einweiser äh wird informiert, wenn eine gesetzliche Betreuung für den Betroffenen besteht, wird auch dieser rechtzeitig informiert über die Entlassung und es wird

natürlich auch in der Gesamtheit geschaut, was sind die äh Notwendigkeiten des Betroffenen äh nach der Entlassung, das kann bedeuten ähm entweder tagesklinische äh Weiterbehandlung, es kann bedeuten äh ähm ambulante Weiterbehandlung durch den niedergelassenen Arzt oder … in der Institutsambulanz. Gerade bei Sucht- äh (…) Erkrankten haben … mit der Suchtambulanz, glaub ich, ne äh für das gesamte ähm Südallgäu und äh Kempten ***das*** *Kompetenzzentrum schlechthin, da laufen, glaub ich, viele äh Dinge und sonst eben auch Weiterleitung an die Suchtberatungsstelle, da, da ist ne Vernetzung, glaub ich ähm, das A und O, die findet momentan, glaub ich, in einer ganz guten Weise statt…*

3.3.2.2.4.3 Inhaltliche Anforderungen an die Entlassungsplanung unter dem Aspekt der Krisenprävention und Krisenintervention

Sämtliche involvierten Einrichtungen sollen zusammenarbeiten. Eine gute Vernetzung aller Einrichtungen ist essentiell.

Es sollen Konferenzen zur gemeinsamen Bedarfs-und Hilfeplanung für jeden Patienten aufgebaut und durchgeführt werden. Es soll in der Gesamtheit geschaut werden, welche Bedürfnisse ein Patient nach der Entlassung hat. Die Wünsche des Klienten und sein Recht auf Selbstbestimmung sind zu respektieren.

… es geht da drum, eh also, denk ich, Konferenzen, die jetzt grad im Aufbau sind, die zu implementieren, also meinetwegen regelhaft für Patienten, die ah entlassen werden, eh diese eh, da diese Bedarfs-und Hilfeplanung zu machen und in der Region, also des is auch die Aufgabe und des is au, die ahm, zu gucken in der Region für die Personen ehm, die Hilfen zu organisieren und zu koordinieren, ehm also des, fänd i, is so dieses Ziel eh des jetzt, nicht nur des Krankenhaus also bei Entlassung betrifft, sondern auch ehm andere Institutionen oder andere eh, es geht um diese Zusammenarbeit, was, was möchte, was wünscht der eh, eh Patient in dem Fall, was möchte er und ehm was möchte er nicht, um da zu schauen, also in diesem, auf dieser Grundlage eh, denk ich, basiert eh zum einen in der Prävention und auch die Versicherung ehm, dass der, dass der Patient oder der Betroffene eh tatsächlich auch damit einverstanden ist, also die Compliance entsprechend ist…

Insbesondere soll bereits während des stationären Aufenthaltes zur gemeinsamen Besprechung des Nachsorgeplanes Kontakt zu den niedergelassenen Fachärzten und Psychotherapeuten aufgenommen werden.

Vor allem ist es wichtig einen Plan für eventuelle Krisensituationen mit dem Klienten gemeinsam zu erarbeiten und ihm bei Entlassung mitzugeben. Gegebenenfalls soll ebenso ein Termin beim Sozialpsychiatrischen Zentrum oder beim niedergelassenen Facharzt vereinbart werden.

Bereits am Entlassungstag soll dem Patienten bei Bedarf ein Rezept ausgehändigt werden.

Den Patienten soll vermittelt werden, dass es nach der Entlassung ambulante Strukturen gibt, die sie auffangen werden.

3.3.2.2.4.4 Gut funktionierende Abläufe der Entlassungsvorbereitung unter dem Aspekt der Krisenprävention und Krisenintervention

Die Entlassungsvorbereitung ist bereits derzeit fast optimal organisiert.

… also nach meiner Erfahrung ist die Entlassungsvorbereitung eigentlich ehm fast optimal, würd ich sagen, also ich habe schon den Eindruck und erleb es auch so, dass eh Patientinnen und Patienten eh aus der eh, die aus dem psychiatrischen Krankenhaus kommen ehm schon sehr gut auf die Entlassung vorbereitet werden und dass auch eh dieses Setting für die Nachsorge eh sehr sorgfältig eh, eh vorbereitet und durchgeführt wird…

Die Kontaktaufnahme mit den niedergelassenen Fachärzten erfolgt bereits erfolgreich.

Auch die Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Zentrum funktioniert ohne lange Wartezeiten für die Klienten. Insgesamt ist die Region diesbezüglich gut aufgestellt.

Es besteht eine gute Vernetzung der Einrichtungen, beispielsweise auch eine gute Vernetzung zwischen dem Bezirkskrankenhaus in Kempten und der Facheinrichtung zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK).

Vor der Entlassung aus dem psychiatrisch-stationären Aufenthalt werden die Patienten bei Bedarf passager zur Erprobung der Alltagsanforderungen beurlaubt. Die beurlaubten Patienten werden hierfür mit einem Krisenplan ausgestattet.

Ein früheres Projekt des Bezirkskrankenhauses Kempten mit einer Entlassungsnachsorge für Patienten, die nicht längerfristig über die Psychiatrische Institutsambulanz betreut werden müssen, ist insgesamt sehr positiv aufgenommen worden.

… Mir habn mal eine Weile lang so n Projekt … gkhabt, da homma ne viertel Stelle, sag i mal äh, sag i ma, mal,(…) ja, ja, und unser Pflegedienstleiter hat mal die Idee gkhabt, wenn wir gemeinsam ne äh Entlassungsnachsorge zu machen, zu betreiben und wir haben

uns da halt gsagt, mir machn maximal 5 Termine nach der Entlassung, des läuft aber nicht über die PIA, also über unsere Institutsambulanz, weil die relativ voll war damals oder is eigentlich immer noch relativ voll und wenns jetzt, sag i mal, Menschen gibt, äh Menschen sind, die jetzt keinen wirklich langen äh Bedarf haben für eine Weiterbegleitung, dann ist die Institutsambulanz eigentlich aus meiner Sicht die falsche Adresse. Da gehts, da gehen die Menschen hin, wenns wirklich nen längerfristigen Bedarf haben bei uns, aber wenns, wenn ma gsehen hat, okay des wird wahrscheinlich n bisschen schwierig oder au bei eigentlich einigermaßen einfachen unkomplizierten Leuten haben mir gschaut, dass ma mindestens einen Termin nach der Entlassung nochmal zuhause machen können bei den, bei den Menschen und des war aus meiner Sicht sehr, sehr gut, war auch sehr gewinnbringend…

3.3.2.2.4.5 Defizite der Entlassungsvorbereitung unter dem Aspekt der Krisenprävention und Krisenintervention

Die Compliance der Klienten die Nachsorge anzunehmen ist nicht immer gegeben und eine Hilfe kann nicht aufgezwungen werden.

Es ist zu wenig Personal vorhanden, um einen Krisendienst auch am Wochenende zu besetzen.

Geographische Verhältnisse mit zum Teil großen Entfernungen und schwacher Besiedlung erschweren den Aufbau und die Realisierung eines Krisendienstes.

Die stationär tätigen Ärzte sind für Nachfragen, die sich aus dem Kontext der Entlassung ergeben, kaum erreichbar und kennen teilweise auch nicht die Anforderungen beziehungsweise Regularien des außerstationären Bereichs.

Die Entlassungsnachsorge durch das Bezirkskrankenhaus Kempten zu organisieren, ist schwierig, da hierfür Personal vorgehalten werden muss.

… Is aber, (...) Stichwort gewinnbringend, schwierig zu organisieren, was den stationären Ablauf angeht, weils halt des stationäre Pflegeteam betroffen hat und ich hab Monate, da hab ich sehr viel Bedarf und i hab Monate, da hab i so gut wie gar kein Bedarf, ja. Und des dann noch in die Arbeitszeit mit einzubauen, dass jemand nicht wegen 1 ½ Stunden ambulantem Besuch äh a Stunde in der Gegend rum fährt zum, des war schu au relativ schwierig, und sobald wir, also die viertel Stelle war relativ bald weg und seit dem mach ma des au nimma. Aber des, des wär, fand ich, isch, war eine sehr, sehr gute Möglichkeit,

wir haben echt Leut einmal gsehen, mir habn manche fünfmal gsehn und die Rückmeldungen von den Klienten waren sehr, sehr gut. Aber die habn au manchmal gsagt, nachm ersten Mal, ja ph brauch i nit, und, aber ma kann schon viel Dinge oft no klären da, ja. Wenn mans einfach, dann erst im Alltag sieht ma, wo, wo hakts denn tatsächlich. Oder dann au mal, nochmal Kontakt mit dem Betreuer gemacht oder wie auch immer, also des war immer, also ich fands sehr, sehr gut…

Es gibt am Bezirkskrankenhaus Kempten zu wenig Betten, deshalb müssen zum Teil die Patienten aufgrund des Aufnahmedruckes ohne adäquate Entlassungsvorbereitung kurzfristig wieder entlassen werden.

… dass die Entlassungsvorbereitung ein ganz wichtiger Punkt ist im Rahmen der Behandlung, ja, dass es nicht so ähm passieren darf ähm, wir brauchen ein Bett, wen könnten wir denn jetzt mal schnell entlassen, das is natürlich Realität, ja. … hatten die niedrigste Bettenmessziffern in ganz Bayern, ja, mit 0,4 Betten pro 1000 Einwohner, ja, da haben andre 1,1 oder so…

Die Kontaktaufnahme der Ambulanz zu stationären Patienten bereits während des stationären Aufenthaltes, die prinzipiell sinnvoll und anzustreben ist, wird nicht bezahlt.

Die Zusammenarbeit mit dem Bezirk Schwaben ist schwierig, da zum Teil die Bewilligungen für Kostenübernahmen, zum Beispiel für ambulantes Betreutes Wohnen, Zeit in Anspruch nehmen. Bei Suchtpatienten werden die Verweildauern von Seiten der Krankenkassen gekürzt und es gibt keine Überbrückung für die Behandlung der Suchtpatienten. Die Suchttagesklinik am BKH wird von den Krankenkassen in Frage gestellt. Auch hinsichtlich der Kostenübernahme ist die Situation schwierig. Nach Einschätzung der Krankenkassen handelt es sich dabei um eine rehabilitative Maßnahme, somit soll die Finanzierung über den Rentenversicherungsträger geleistet werden.

Die mangelnde Information der nachbetreuenden Dienste durch die stationären Einrichtungen ist inakzeptabel, da schwer kranke Klienten oft die ihnen mitgeteilten Informationen nicht an den behandelnden Facharzt weitergeben können.

Die Klienten nehmen zum Teil nach Entlassung keinen Kontakt zum niedergelassenen Facharzt oder Psychotherapeuten auf. Dieser muss dann nach Erhalt des Entlassungsbriefes aktiv dem Patienten nachgehen.

Den Hausärzten wird zum Teil die Verantwortung für den Patienten nach der Entlassung übertragen, obwohl ihnen oft psychiatrische Kompetenzen fehlen.

… Also die Kommunikation zwischen Bezirkskrankenhaus und Niedergelassenen is nicht sehr gut. (...) Es findet praktisch keine Vorankündigung oder Vorwarnung statt. Ahm der Patient wird entlassen mit einem 5-zeiligen handschriftlichen Brief. (...) Ahm ob eine ambulante Weiterbehandlung durch ein Institut oder sonst wie passiert oder nicht steht vielleicht dann mal in 2,3,4 Wochen in nem ausführlicheren Brief oder auch nicht, ahm eh wenns, zum Beispiel also nach längerer Krankheit oder auch Wiedereingliederung oder sonst welche Dinge geht, ahm werden die Leute dann entlassen mit der Maßgabe, jaja geh mal zum Doktor, der soll das machn. Dann krieg ich aber keine Information, welche Belastbarkeit hatt er, was meinen sie, was stellen sie sich vor, wie ist das irgendwie oder dass ma des mal abspricht, dann versuch ich den Kollegen am Telefon zu erreichen, das führt zu ner mehrtägigen Beschäftigung bis ich ihn da mal am Telefon hab. Ahm, dann versteht er eigentlich gar nit mei Problem, weil er gar nich weiß, was es für Zettel gibt und welche Regularien da sind. Die Krönung war, dass ich es irgendwann jetzt mal 3 Monate spät, (…) nachträglich machen durfte für eine auswärtige Krankenkasse in Berlin, also das is dann, da hasch du 3-Ecks-Konferenzen, um dann nachträglich zu schauen, dass der Mensch sein Krankengeld kriegt, … (...) is die Kommunikation dürftig und extrem einseitig. (...) Also das is sicher was (...), wo man deutlich Verbesserung auch in der Versorgung der Patienten erreichen könnte. Ahm weil genauso wie n internistischer Patient oder ein anderer auch gewisse Dinge hat und grad jetzt im psychiatrischen Bereich die Medikation wird spitzfindiger, bei den Fachkollegen haben sie dann auch mal spontan 4 Wochen Wartezeit, also musst du dich ja irgendwie zwischendurch kümmern und hantierst da mit Dingen, mit denen du nicht unbedingt vertraut bist und gut das is das eine und manchmal ist es natürlich auch so, auch psychiatrische Patienten kennen einen sekundären Krankheitsgewinn. Tust dich auch n bisschen schwer einzuschätzen, wenn man da nicht so, ja also es is, sag ma mal, man fühlt sich da oft ein bisschen allein gelassen und soll Verantwortung für Dinge übernehmen, mit denen man nicht unbedingt so Erfahrung hat, ja hat, gut ma hat seine Lebenserfahrung, seinen gesunden Menschenverstand, was weiß ich, Jahre im Job, aber man is natürlich auch nicht in allem firm und ist da schon oft mit einigen Unsicherheiten allein, also sicher deutlich massiv verbesserungsfähig…

3.3.2.2.4.6 Verbesserungsvorschläge für das Entlassungsmanagement unter dem Aspekt der Krisenprävention und Krisenintervention

Insgesamt ist anzustreben, dass die Trennung zwischen ambulanten und stationären Behandlungsstrukturen aufgehoben wird. Es sollen Teams etabliert werden, die sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich zuständig sind.

… dann würd i mir eigentlich wünschen, es gäbe diese Trennung von ambulant und stationär in dieser Form überhaupt gar nicht, sondern dass es, ahm äh ggg (stottert) Teams gibt, Teams, die für ne bestimmte Region ah zuständig sind und da dann auch eine All-Zuständigkeit haben in ambulant und stationär…

Die nachbetreuenden Einrichtungen sollen über den geplanten Entlassungstermin und das empfohlene Procedere zeitgerecht informiert werden und diese Informationsweitergabe soll verpflichtend etabliert werden.

Es sollen modular aufgebaute Hilfen angeboten werden sowie eine bessere Entlassungskoordination und-planung entsprechend den individuellen Wünschen des Klienten.

Gemeinsame Konferenzen aller beteiligten Institutionen, inklusive der Mitarbeiter aus dem komplementären ambulanten Hilfsangebotsbereich, sollen vor Entlassung jedes Patienten zur gemeinsamen Planung nachbetreuender Hilfen eingerichtet werden.

Das Verständnis der stationären Kollegen über die Tatsache, dass Klienten im ambulanten Bereich selbst entscheiden können, welche Hilfen sie annehmen möchten, soll aufgebaut und vermittelt werden.

Es soll eine Kooperation zwischen psychiatrischem Krankenhaus und Sozialpsychiatrischem Zentrum geben, gezielt für den Fall, dass der Klient seine Termine beim niedergelassenen Facharzt nicht wahrnimmt. In diesem Fall soll das Pflegepersonal des psychiatrischen Krankenhauses den Patienten zuhause aufsuchen. In solchen Fällen soll ebenfalls mit dem Sozialpsychiatrischen Zentrum zusammengearbeitet werden und die aufsuchende, nachgehende Möglichkeit des SPZ genutzt werden. Es muss geklärt werden, weshalb der Patient seinen Termin beim niedergelassenen Facharzt nicht wahrnimmt, möglicherweise wünscht er einen Arztwechsel.

Die Zahl niedergelassener Fachärzte soll erhöht werden, vor allem im südlichen Oberallgäu und es soll mehr ambulantes Personal vor Ort für aufsuchende Tätigkeiten geben.

Sinnvoll ist die Einführung des regionalen Budgets. Damit kann in Krisenfällen Personal auch aus den stationären Einrichtungen zu den Klienten nach Hause zur Betreuung vor Ort kommen, als Alternative zur stationären Aufnahme.

… außerdem, so ideal, wie heißt denn dieses Budget, Regionalbudget, ja, genau, das also, das, denk ich, wär ne sinnvolle Geschichte, n Regionalbudget zu haben und dann sind zB auch sehr viel weniger Betten möglich, also in Krisenfällen zB auch dann so zu agieren, dass, dass alle Leute aus der Klinik rausgehen, das heißt dass man hingeht und da guckt nach Lösungen äh, das reduziert zB die benötigten Betten um einiges…

3.3.2.3 Ambulante Betreuung im Kontext der Krisenprävention und Krisenintervention

3.3.2.3.1 Anforderungen an die ambulante Betreuung im Kontext der Krisenprävention und Krisenintervention

Im außerstationären Bereich soll auch das soziale Umfeld eingebunden werden. Oberstes Prinzip ist es, die Wünsche der Klienten zu beachten und zu respektieren. Es soll eine Kommunikation mit den Betroffenen auf Augenhöhe stattfinden.

… also wenn die ah, wenn ma an den Wünschen der Betroffenen, die entlassen werden, ja, wenn man die ernst nimmt und die respektiert, ahm dann mein ich, is einfach au n Rückfall weniger ehm vorprogrammiert, also sag ich jetzt mal so, ah das heißt eh die, die Haltung au den Betroffenen gegenüber ehm auf Augenhöhe des zu klären, abzusprechen, die Hilfen abzusprechen au inhaltlich, was ist zu machn, also da, do eh denk ich, ist sicherlich ah einiges, des ma noch verbessern könnte und vor allen Dingen auch über, ja diese Dreh-und Angelpunkt- eh konferenzen…

Es soll einen Case Manager geben. Diesbezüglich ist eine klarere Definition des Aufgabenbereichs des Case Managers erforderlich. Case Management kann durch unterschiedliche Dienste erbracht werden beziehungsweise bei unterschiedlichen Einrichtungen angesiedelt sein, zum Beispiel durch Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Zentrums, des ambulant Betreuten Wohnens, durch den gesetzlichen Betreuer, die Psychiatrische Institutsambulanz.

Ambulante Betreuung muss zeitnah und ortsnah erfolgen, da Anforderungen im ambulanten Kontext viel höher sind als im stationären Kontext.

Zur Rezidivprophylaxe muss eine engmaschige poststationäre Betreuung erfolgen.

Wichtig ist es, niederschwellige Verdienstmöglichkeiten sowie Beschäftigungs-und Zuverdienstmöglichkeiten anzubieten.

Insgesamt soll den Klienten eine Wahlmöglichkeit eröffnet werden, von welcher Einrichtung sie betreut werden möchten.

… was ich prinzipiell gut find, einfach auch zu sagen, dass sich ein Mensch sich selber entwickeln soll und selber will und man nicht unbedingt versucht jemanden in diese Richtung reinzubringen, in diese strukturierte Richtung, sondern zu sagen, wenn er so leben will wie er lebt, dann soll er es so tun, find ich gut, aber auf der anderen Seite seh ich trotz allem auch noch mal ne gewisse Verantwortung für die Patienten und man sollte ihnen zumindest diese Möglichkeiten plastischer und transparenter darstellen, dass auch wirklich eine objektive Entscheidung da liegt…

3.3.2.3.2 Defizite der ambulanten Betreuung im Fokus der Krisenprävention und Krisenintervention

Um eine effektive Krisenversorgung rund um die Uhr, inklusive einer aufsuchenden Hilfeleistung bereitstellen zu können, bedarf es umfangreicherer Personalkapazitäten sowie einer Koordinationsstelle der Hilfen.

… und wir brauchen natürlich für die Krisenversorgung dann mhhh, einfach noch ne etwas umfangreichere Bereitstellung von Personalkapazität, also da ham wir im Grunde genommen durch die PIA und durch den SPDi ahmm genügend Recht raus zu fahren und zu behandeln, also es ist eigentlich unsere Aufgabe, aber wir ham natürlich die Personalkapazität nicht, wenn wir sie aber ham, haben wir sie nur in der üblichen Arbeitszeit, darüber hinaus haben wir sie nich und was man dann noch dazu braucht, is ahmm ne Koordinationsstelle, man braucht einen, einen zentralen Ansprechpunkt, der immer gleich ist, der sich mit der Zeit rumspricht in einer Region, wo die Leute anrufen und dort muss, wie auch immer man das organisiert, Know-how verfügbar sein, am Telefon abzuklären, kann ich jetzt so ne Art Telefonseelsorge machen, kann ich denjenigen irgendwo hinschicken, reicht das noch oder muss jetzt jemand raus fahren und dann muss ich eben ein Einsatzteam koordinieren können und sagen jetzt müsst ihr raus…

Die Hilfestellungen des Sozialpsychiatrischen Zentrums sind auf die Öffnungszeiten begrenzt.

Die Kapazitäten der regionalen Suchtberatungsstelle, sämtliche Klienten nach einer stationären Entgiftung vor Ort im südlichen Oberallgäu zu betreuen, sind nicht vorhanden.

Patienten sind in Bezug auf ihre Erkrankung sowie die Notwendigkeit einer Behandlung und Betreuung nicht immer einsichtig. Es besteht keine Möglichkeit eine Behandlung gegen den Willen eines Klienten durchzuführen. Dieser Fakt erzeugt oft bei den beteiligten Personen Ratlosigkeit.

… es kommt a bissl, es kommt ja stark auf die, auf die Klienten an, mir habn immer also (...) problematische äh Klientengruppe, was des angeht, sind einfach Leute, die äh sag i mal, die nur teileinsichtig sind, was ihre Erkrankung angeht, da hamma einige. Ja, und die eigentlich ambulant eigentlich gar nix haben wollen. Also irgendwie, sag i amol, offensiv ambulant zu arbeiten, manchmal gegen den erklärten Willen von ar, von am Patienten, do is uns einfach, do sind uns die Hände gebunden n Stück weit. Ja, da muss dann schon ein relativ hoher Handrung, Handlungsdruck ausm Umfeld da sein, dass ma sowas tun darf. Und das is, wär manchmal sicher sinnvoll, ja, aber i woaß nit, es is, es is schwierig, da n, da n Weg zu finden oder, oder nen Fuß in die Tür zu kriegen…

Zunehmend werden psychiatrisch erkrankte Patienten von Hausärzten aufgrund der mangelnden Kapazitäten der regional angesiedelten Fachärzte betreut. Dies ist besonders deshalb schwierig, da die Hausärzte sehr unterschiedliche psychiatrische Ausbildungen und Kompetenzen haben und sich zum Teil auch durch die Behandlung von psychiatrischen Patienten überfordert fühlen.

Es besteht im südlichen Oberallgäu ein Mangel an Fachärzten für Psychiatrie mit der Konsequenz, dass diese auch telefonisch schwierig zu erreichen sind. Dies führt auch häufig zu langen Wartezeiten auf Termine.

Psychosoziale Beratungsstellen gibt es nur für Kinder und Familien, nicht jedoch für Erwachsene.

Im ambulanten Bereich muss im Vergleich zum stationären Bereich mehr um die Finanzierung von Leistungen gekämpft werden, zum Beispiel um Bewilligungen für Leistungen im Bereich des ambulant Betreuten Wohnens. Die Ressourcen fließen überproportional in den stationären Sektor.

… dass die Ressourcen ja gar nicht zu wenich sind, sondern dass sie halt immer noch überproportional in die stationäre Versorgung gehn, also gerade die Ressourcen für die

chronisch kranken Schizophrenen oder biopolaren Psychosen, also die Kerngruppe, um die es ja auch gehn soll, es soll ja nich um die gehen, die da drum rum sind und ah das is schon, schon schlimm, also wir müssen ja im ambulanten Bereich unheimlich immer wieder kämpfen, also fürs ambulant Betreute Wohnen, ich weiß es hier von Kempten halt gut, äh das ist jedes mal ein Kampf bis wir wieder ne Stunde mehr oder ne Stunde weniger bekommen, also das is, es steht in überhaupt keinem Verhältnis…

3.3.2.3.3 Gut funktionierende Abläufe in der ambulanten beziehungsweise poststationären Betreuung im Fokus der Krisenprävention und Krisenintervention

Unter der Woche sind im ambulanten Bereich Strukturen vorhanden.

Es ist eine zeitnahe Terminvergabe in der Regel nach der Entlassung aus dem stationären Bereich durch das Sozialpsychiatrische Zentrum möglich.

Die Einrichtung des Sozialpsychiatrischen Zentrums funktioniert gut.

Das Sozialpsychiatrische Zentrum hat viele Möglichkeiten mit differenzierten und personenzentrierten Angeboten. Es ist gut vernetzt mit Beratungsstellen, Geh-Struktur, ambulant Betreutem Wohnen sowie Kooperation mit der Psychiatrischen Institutsambulanz. Die Tagesstätte des Sozialpsychiatrischen Zentrums ist ein sehr niederschwelliges tagesstrukturierendes Angebot.

… dann hamma inzwischen a ganze Menge, Menge Möglichkeiten auch sehr differenzierte Angebote und a sehr personenzentrierte Angebote zu schnüren. Also da ist dann, ahm so mit dem Stichwort der flexiblen Hilfen ah da, da simma gut, da simma eigentlich ganz gut aufgestellt, muss i sagn, o mit den Möglichkeiten hier, Sozialpsychiatrisches Zentrum, also die Vernetzung von Sozialpsychiatrischem Dienst ah, Beratungsstelle mit dieser ausgeprägten Gehstruktur, mitm ambulant Betreuten Wohnen, wenn die Hilfen eigentlich noch intensiver gschnürt werden müssen, mit der engen Kooperation mit der Institutsambulanz, wo einfach die, die, diese Schnittstelle ah ah, Psychiat, ärztlich-psychiatrische Versorgung ***und*** *ah Fachpflege ahm mit, mit den anderen Diensten gut funktioniert, dass tut es einfach wirklich gut. Und wir mit der Tagesstätte natürlich o no die Möglichkeit haben a sehr niederschwelliges tagesstrukturierendes Angebot ahm mit zu begleiten, da simma ganz gut aufgestellt…*

Es gibt gute persönliche Kontakte zwischen der Suchtberatungsstelle und dem Bezirkskrankenhaus.

*… Im Erwachsenenbereich ehm läuft es **zum Teil** schon so, dass wir jetzt mit dem Krankenhaus, mit dem Allgemeinkrankenhaus hier in der Memminger Straße zusammenarbeiten. Wenn die eh, eh jemanden zur Entgiftung da haben, auch bei Notfällen, meistens sinds ja dann irgendwelche internistischen Notfälle ehm, dass wir dann nach n paar Tagen hinzugezogen werden, um den, also vor allem bei Menschen, die jetzt das Hilfesystem noch nicht kennen, um denen auch ahm, n Angebot zu machen, wo sie dann nach der Entlassung eh sich hinwenden können, um weitere Hilfen in Anspruch zu nehmen…*

3.3.2.3.4 Verbesserungsvorschläge für die ambulante beziehungsweise poststationäre Betreuung im Fokus der Krisenprävention und Krisenintervention

Nach stationärer Entlassung sollen Termine beim Facharzt innerhalb einer Woche möglich sein, da sonst zu viel des Behandlungserfolges der stationären Behandlung verloren geht.

… und a bei mir jetzt speziell is es so, dass ich ah oft lange Wartezeiten hab, dass also, son richtigen Termin hab ich jetzt derzeit mit 9 Wochen und dass is für jemand, der in der Krise is natürlich viel zu lang und ah da müsstn dann äh immer so genannte Notfalltermine noch bereitgehalten werden, beziehungsweise dann eben zwischen Terminen jemand mit rein genommen werden, was natürlich wieder sehr schwierig ist im Ablauf der Sprechstunden und der ambulanten Versorgung…

Konzepte wie Assertive Community Treatment sollen weiterentwickelt werden, inklusive präventiver Arbeit und Home Treatment. Die Leistungserbringung soll insbesondere auf einer Verbindlichkeit basieren.

Die Klienten sollen aus den Langzeitheimen herausgenommen werden können. Hierfür ist es nötig alternative Wohnformen aufzubauen.

Es soll ein direkterer Zugriff auf freie Psychotherapieplätze durch das psychiatrische Krankenhaus möglich werden.

Optimal ist die Installierung der Familienpflege, insbesondere in ländlichen Regionen. Dafür muss sich eine Person als Organisator verantwortlich erklären und die Einführung der Familienpflege forcieren. Im Moment können hierfür eventuell Förderungsgelder vom Bezirk erhalten werden.

Hinsichtlich der Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfBM) besteht die stigmatisierende Haltung: Einmal WfBM immer WfBM. Die WfBM soll sich offener präsentieren.

Die Patienten sowie auch Mitarbeiter sollen besser über vorhandene Hilfsmöglichkeiten und beschäftigungstherapeutische Maßnahmen informiert werden.

Zur individuelleren Förderung soll die Möglichkeit des persönlichen Budgets genutzt werden. Es soll ein persönlicher Betreuer zumindest für eine bestimmte Zeit zuständig sein, um dem Betroffenen aufzuzeigen, welche Hilfsmöglichkeiten es in den verschiedenen Bereichen gibt, zum Beispiel Beschäftigung, Wohnen, therapeutische Begleitung, Wiedereingliederung in die Gesellschaft.

Sinnvoll ist ein Gruppenangebot für rezidivgefährdete Patienten, zum Beispiel angesiedelt beim Sozialpsychiatrischen Dienst. Die Klienten können in der Gruppe erleben, dass sie Hilfe und Zuwendung erfahren und können gemeinsam mit einem Berater Strategien zur Rezidivprophylaxe entwickeln.

… es ist ein Wunsch von mir, dass es Gruppenangebote gibt für rezidivgefährdete Patientinnen und Patienten, wo man dann auch in einem Gruppenerlebnis, zum Beispiel beim SPDi mitbekommen kann, ad 1 äh es gibt Kümmerer und ad 2 ich bin nicht allein mit meiner Situation. Weil es hilft mir nix, wenn da, ich sags amal salopp, die Fachidiotinnen, Fachidioten mir gegenüber sitzen, sagen es wird schu alles wieder. Weil die befinden sich nicht in der Situation. Hab ich aber einen Kreis von, lassen sies, 10 Leute sein, denen es ähnlich gegangen is wie mir, durch das gemeinsame Erleben kann man, glaub ich, auch gemeinsam Strategien entwickeln, flankiert natürlich mit einer Beraterin, einem Berater zur Seite, wo dann eben der Rückfall oder die Dekompensation verhindert werden kann…

Wichtig ist die Zugriffsmöglichkeit auf Notwohnungen und Notunterkünfte, am besten in Nähe des psychiatrischen Krankenhauses, als Übergangslösung bis eine definitive Unterkunft organisiert werden kann.

Für die Suchtberatungsstellen ist insbesondere für die Motivationsarbeit zur Nachsorge nach Entgiftung ein größeres Budget erforderlich.

3.3.2.4 Krisenintervention und Krisenprävention im südlichen Oberallgäu

3.3.2.4.1 Krisenintervention im südlichen Oberallgäu

3.3.2.4.1.1 Defizite der Krisenintervention im südlichen Oberallgäu

Es gibt zu wenig Personal und es fehlen auch die finanziellen Ressourcen, um einen ambulanten Krisendienst auch am Wochenende zu besetzen.

Die geographischen Verhältnisse mit zum Teil großen Entfernungen und schwacher Besiedelung erschweren den Aufbau und die Realisierung eines Krisendienstes.

Die Fragmentierung der Träger und gesetzliche Grundlagen erschweren Koordination und Kooperation zum Aufbau eines gemeinsamen Krisendienstes.

Die Gesellschaft ist nicht bereit Notfalldienste zu finanzieren.

Derzeit ist kein Krisentelefon installiert.

In Krisensituationen werden die Patienten wegen mangelnder ambulanter Behandlungsmöglichkeiten oft zu schnell stationär eingewiesen.

In psychischen Ausnahmesituationen ist für Einrichtungen, beispielsweise die Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfBM), häufig primär der Notarzt oder die Polizei der erste Ansprechpartner. Dies führt oft zu Zwangseinweisungen.

Oft gibt es am Wochenende oder kurz vor dem Wochenende aus Heimen und Lebenshilfeeinrichtungen Zuweisungen an das BKH aufgrund mangelnder ambulanter Betreuungsmöglichkeiten in Krisensituationen über das Wochenende.

… in den Heimen ist es oft so, dass mir Zuweisungen dann am Wochenende, vorm Wochenende bekommen. Bei der Lebenshilfe isch des manchmal net anders, ja, dass dann einfach so, die, die an den engen, personalengen Zeiten, da ist dann nix, nicht wirklich äh n klarer Plan im Kopf: Was tu ich denn mit den Leuten oder man ist sich, sich, zum Teil überhaupt nit bewusst, spitzt sichs denn jetzt Krisen krisenhaft zu, also do wartet ma dann oft aufs Wochenende ohne a gute Vorplanung zu haben…

Niedergelassene Fachärzte können nicht jederzeit neben den Sprechstunden Notfälle abfangen.

Von den Psychotherapeuten wird keine Akutversorgung gewährleistet, da eine Abrechnung des Freihaltens von zeitlichen Kapazitäten für eventuelle Notfälle nicht möglich ist.

… die Akutfälle ambulant abzudecken von den niedergelassenen Ärzten, find ich, sehr schwierig jetzt auch in meiner Situation, weil es einfach nicht möglich ist, so in der ahm ambulanten Versorgung nebenher jederzeit jemanden in der Krise sozusagen ah aufzunehmen oder anzunehmen im Sprechstundenablauf…

Das SPZ kann nur tagsüber die Funktion eines Krisendienstes übernehmen.

Für Klienten, die nicht bereits durch den Sozialpsychiatrischen Dienst betreut werden, fehlt im südlichen Oberallgäu die Geh-Struktur, die aufsuchende Betreuung, um sich vor Ort ein Bild der Krise machen zu können, ob eine ambulante Betreuung oder ein stationärer Aufenthalt erforderlich ist.

Untertags gibt es eine aufsuchende Betreuung durch PIA und SPZ. Aber die Polizei ist der eigentliche Rund-um-die-Uhr-Krisendienst. Die Polizeibeamten handhaben die Krisensituationen unterschiedlich. Oft wird die Krise zusammen mit dem Symptomträger in das Krankenhaus verlegt.

… unter der Woche gibts schon Strukturen, ja, und so, die PIA, das Sozialpsychiatrische Zentrum, die, die Leute dann auch mal aufsuchen, aber feiertags, Wochenende, abends, nachts isch da einfach gar nix zur Verfügung. Außer die Polizei eben, des isch unser Krisennotfalldienst und die machens zum Teil sehr gut, zum Teil sehr schlecht, muss ma einfach so sagen, aber des is net der ihr Metier, die einen bemühen sich und läufts manchmal auch sehr gut, ja, muss ma sich manchmal wirklich wundern. Und andere sind einfach, manchmal läufts einfach richtig katastrophal, ja, also mit Fixierung und Aggression und äh, und ma verlegt halt die Grenze, ah die, die Krise eigentlich immer ins, ins Krankenhaus. Also wenn es n gewisses Maß an Krise überschreitet, wird immer der Hauptsymptomträger gepackt und ins BKH gebracht, und du bisch des Problem, so auf diese Art und des is einfach immer ein schlechter Einstieg für alle Seiten…

In Bayern hat das SPZ keine hoheitlichen Befugnisse. Dies erschwert zum Teil die Überzeugung der Betroffenen von der Erfordernis einer Behandlung.

… wir haben ja in Bayern die Besonderheit, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste nicht Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind, was ich für einen Fehler halte ehm, aber es ist halt aus der Tradition so gewachsen…

Es gibt eine unterschiedliche Behandlungsqualität der Patienten durch die Notärzte und Polizeibeamte in Krisensituationen. Zum Teil werden Beruhigungsmittel injiziert, wodurch die anschließende Diagnostik in der psychiatrischen Klinik erschwert ist.

Die Einweisung in das BKH ist in Krisen schwierig. Es sind oft Diskussionen erforderlich, um einen stationären Behandlungsplatz beziehungsweise ein Bett für den Patienten zu finden.

Viele Krisensituationen entstehen in Zusammenhang mit Alkohol. Die Patienten werden oft kurzstationär in einer allgemeininternistischen Abteilung beziehungsweise gegebenenfalls auf der Intensivstation behandelt. Im Anschluss kommen sie jedoch oftmals nicht im fachspezifischen psychiatrischen Behandlungssetting an.

3.3.2.4.1.2 Gründe für Funktionieren des Hilfesystems ohne psychiatrischen Krisendienst

Im südlichen Oberallgäu klappt es besser als anderswo.

Die Polizei ist 24 Stunden erreichbar. Es gibt auch Fortschritte in der Ausbildung der Polizei und zunehmend weibliche Polizeibeamte. Dies ist, insbesondere für den Umgang mit Patientinnen, sehr positiv.

Im südlichen Oberallgäu gibt es insgesamt eine gute Krisenprävention. Die Voraussetzung ist jedoch ein stabiler Dauerkontakt zum Klienten und ein rechtzeitiges Erkennen der sich anbahnenden Krise.

Das SPZ deckt einen Großteil der Krisensituationen ab und ermöglicht auch die aufsuchende Hilfe.

Vereine fungieren zum Teil als Vermieter, um Patienten kurzfristig Wohnraum anbieten zu können.

Die Mitarbeiter einzelner Einrichtungen begleiten die Klienten selbst in Krisensituationen in das psychiatrische Krankenhaus, obwohl dies versicherungsrechtlich nicht abgedeckt ist.

… für mich aus meiner Sicht, oft, das ist, wie gehn wir mit den Menschen, mitner Psychose um, wie können wir ihn angemessen behandeln, wir haben die Versorgungsstruktur dahingehend, dass wir uns Unterstützung holen können vom Notarzt, für meine Begriffe aber die falsche Herangehensweise, weil diese Situation oft heraufbeschwört, sobald die einen Patienten haben, mit dem sie nicht klarkommen, müssen diese die Polizei rufen, das heißt ein Mensch in der Psychose fühlt sich eigentlich nur noch mehr in die Enge getrieben. Wir, sie aus unserer Sicht, dürfen aber die Menschen nicht ins BKH fahren aus versicherungsrechtlichen Gründen, machen es dennoch, weil wir sagen, zu uns hat er Vertrauen und wo kann man da ansetzen, da isch bissl das Problem, dass ich glaube, wie kann man einen Menschen in der Psychose angemessen behandeln ohne diese Worte wie Zwangseinweisung in den Mund zu nehmen, ohne jemanden wirklich gegen seinen Willen zu behandeln, weil ich der festen Überzeugung bin, dass ein Mensch auch in der Psychose trotz allem noch ge-

wisse Punkte wahrnimmt und diese auch im Hinterkopf behält und dadurch auch Berührungsängste bekommt und sich eigentlich nur noch der Zustand, aus meiner Sicht, nicht verbessert, sondern eigentlich nur noch verschlechtert…

Außerhalb der Öffnungszeiten der Einrichtungen gibt es Hausärzte und Fachärzte vor Ort sowie die Notfalldienste.

Die Entfernung des psychiatrischen Krankenhauses zum südlichen Oberallgäu ist akzeptabel. Das BKH ist 24 Stunden erreichbar.

Die Zuweisung zum BKH funktioniert gut.

… und bin mit der äähmm, mit der Zusammenarbeit, was die Einweisung angeht und die Bereitschaft und auch so was, das find ich gut. Da hab ich das Gefühl ahm, das läuft reibungslos, ja, das geht schnell genug, es gibt genügend Kapazitäten in der Klinik ahm, in aller Regel kann ich das auch, oder, oder können wir das hier auch äh über ein paar Tage lang schieben, also wir sind nicht so bedürftig, Menschen in der Regel sofort einweisen zu müssen und dadurch haben wir auch genügend Kapazität…

Krankenhäuser im südlichen Oberallgäu nehmen auch psychiatrische Patienten auf, jedoch ohne psychiatrisches Fachpersonal vorzuhalten.

Von den Hausärzten wird viel abgefangen, obwohl sie in der Regel keine psychiatrischen Kompetenzen haben.

… positiv ist schon einmal zu sagen, dass von den Hausärzten relativ viel auch abgefangen wird, also viele Menschen wenden sich in der Krise, auch in der seelischen oder psychischen Krise, erstmal an den Hausarzt. Manchmal ist es auch so, dass dann der Hausarzt auch die Erstbehandlung übernimmt, da kann man natürlich schon bisschen kritisch sein, auch ähm, inwieweit es nicht besser wäre, dann schon zu diesem Zeitpunkt äh den Psychiater hinzuzuziehen oder schon mal anzumelden, eben wegen der langen Wartezeiten, Wartefristen auf nen Termin, was man machn kann oder was Hausärzte dann auch machen, ist dass sie direkt dann eben anrufen und einen kurzfristigen Termin vereinbaren, wenn das eben sehr dringlich ist…

Ergänzend ist auch die Notarztbereitschaft rund um die Uhr verfügbar.

Es gibt Kriseninterventionsteams nach Unfällen.

Des Weiteren sind Betreuungsstellen in Kempten und Sonthofen vorhanden, die auch Hausbesuche durchführen.

3.3.2.4.1.3 Verbesserungsvorschläge in Bezug auf den Krisendienst im südlichen Oberallgäu

Es soll eine zentrale Notrufnummer mit Vermittlung eines gegebenenfalls erforderlichen Notfalltermins innerhalb einer Woche geben.

… der Wunschtraum is, ich habe eine, eine, was weiß ich, mehr oder minder zentrale Nummer, ich rufe an und sage der und der hat n Problem, wann kann er kommen. Und kriege dann, was weiß ich, von mh wünschenswerterweise, sag mer, okay innerhalb einer Woche kann er da und da hin. Das wär, sag ma mal, so das, was ich mir als gut vorstellen würde…

Am Wochenende und in den Abendstunden soll es ein niedrigschwelliges Beratungsangebot mit kompetentem Fachpersonal geben.

Eine direkte Einweisungsmöglichkeit durch die Hausärzte bei Suizidalität muss ohne vorherige ambulant-fachärztliche Abklärung der Suizidalität möglich sein.

Sinnvoll ist der Aufbau klinikferner Versorgungsstrukturen für die Krisen-und Notfallhilfe.

Es sollen Krisenbetten im südlichen Oberallgäu eingerichtet werden. Diese sollen durch einen Facharzt betreut werden oder durch entsprechend im Umgang mit psychiatrischer Notfallmedikation und im Umgang mit psychisch Kranken in Krisensituationen geschulten Internisten.

… wenn dann Krisenbetten und nicht nur für die Nacht, sondern wirklich für, für immer, die kann man im Verbund mit den … allgemeinen Krankenhäusern im Oberallgäu…,… ah man kann sicher in ner Allgemeinmedizinischen Abteilung auch ah Krisenbetten vorhalten oder ein externer Konsiliar kommt, ja, und die, die internistischen Kollegen so fit gemacht werden, dass sie auch ah, mit gängigen Medikamenten und auch mit Handlungen, ja, es geht ja nicht nur um Medikamente, es geht ja auch darum, wie geh ich mit jemanden um, der nicht mehr erreichbar ist mit Worten, ja der einfach massig drauf ist, stellen Sie sich einen hoch gereizten manischen Menschen vor, der bleibt nicht draußen lange auf der freien Wildbahn, also da werden sehr schnell alle rufen, der muss doch irgendwie nach… oder so, ähm wenn man das nicht anbrennen lassen will, sondern wirklich Leute hat, die

auch ein Gespür haben, wie geh ich mit so jemandem um in dieser Situation und eine Akutmedikation verabreichen…

Derzeit werden Aufnahmen im BKH aus Kapazitätsgründen zum Teil abgewehrt. Mit dem geplanten Neubau ist auch ein Bettenausbau geplant, damit wird dann auch eine bessere Versorgung für das südliche Oberallgäu gewährleistet sein.

3.3.2.4.2 Krisenprävention im südlichen Oberallgäu

3.3.2.4.2.1 Defizite der Krisenprävention im südlichen Oberallgäu

Für Erwachsene fehlen psychosoziale Beratungsstellen.

… isch a gute Frage, weil ma da eigentlich so gut wie gar nix habn. Deswegen is es jetzt auch schwierig sich eigentlich was vorzustellen, ja, (...) gut es geht ja im Endeffekt über psychosoziale Beratungsstellen, haben wir hier im Kinderbereich, was aber im Erwachsenenbereich, muss ma einfach sagen, da simmer verweist…

Das südliche Oberallgäu ist eine ländlich strukturierte Region. Mit öffentlichen Verkehrsmitteln beträgt die Fahrzeit aus der Peripherie teilweise knapp über eine Stunde bis zum psychiatrischen Krankenhaus in Kempten.

3.3.2.4.2.2 Gut funktionierende Angebote der Krisenprävention im südlichen Oberallgäu

Es existiert eine gute Hilfeplanung im südlichen Oberallgäu bezüglich der Krisenprävention.

Das SPZ ist in der Öffentlichkeit als Hilfeeinrichtung bekannt.

Die Krisenprävention durch das SPZ ist gut organisiert. Das SPZ ist Anlaufstelle für die Krisen-und Notfallhilfe, arbeitet niederschwellig und nachgehend.

Es besteht ein guter Kontakt zu den Klienten. Ein guter Kontakt ist die beste Krisenprävention.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund ist im südlichen Oberallgäu zunehmend als Vernetzungsstruktur etabliert worden und bietet die Möglichkeit bestehende Lücken zu schließen sowie eine gemeinsame Vorgehensweise für ein tragfähiges System zu implementieren.

Es gibt gute Angebote für Alkoholerkrankungen. Für alkoholintoxikierte Jugendliche nach einem akut-stationären Aufenthalt gibt es das HaLT-Projekt.

… ich mein, was ah sicherlich ein, in die richtige Richtung geht, ist so was wie dieses HaLT-Projekt, eh beziehungsweise ja doch des HaLT, das sich ja an Jugendliche richtet, die jetzt halt eh aufgefallen sind beziehungsweise eh auf der Notfallstation im Krankenhaus gelandet sind wegen eh Intoxikation oder einfach eh massiver Beeinträchtigung durch übermäßigen Alkoholkonsum, ehm gut Prävention bedeutet natürlich auch, dass es sozusagen da nicht weitergeht, also dass es nicht zu ner Abhängigkeitsentwicklung geht, kommt, weil ehm erstmal sind des halt einzelne Missbrauchsverhaltensweisen, außer es ist schon so eingefahren, dass die, was weiß ich, jedes Wochenende konsumieren…

Es existiert eine psychosoziale Beratungsstelle für Kinder und Familien.

Bei Erwachsenen wird in Kempten die Suchtberatungsstelle bereits während eines stationären Aufenthaltes im Rahmen einer Entgiftung oder einer Intoxikation einbezogen, vor allem zur Planung und Motivation zur Nachbetreuung.

Es werden Gesundheitstage in verschiedenen Einrichtungen angeboten, zum Beispiel in der Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfBM) zur Prävention psychischer Erkrankungen.

Es gibt gute ärztliche Fortbildungsangebote sowie Präventionsvorträge in psychosomatischen Kliniken, die auch gut von der Bevölkerung angenommen werden.

… ärztliche eh, übers ärztliche Fortbildungsangebot, das is sehr gut, eh und eh da haben wir son Programm und können uns jederzeit eben das aussuchen, was uns interessiert. Ehm, ein Teil dieser Prävention wird sicher auch von den psychosomatischen Kliniken übernommen eh und da haben wir die Adulaklinik eh, die Hochgratklinik, eh wir haben die Panoramaklinik eh in Scheidegg ehm und die machen auch Öffentlichkeitsarbeit für die Region eh, Vorträge, die auch frequentiert werden, das weiß ich, ich kenne Patienten von mir, die da hingehen und ah das wird durchaus in Anspruch genommen und ah is auch ehm, find ich jetzt, recht effektiv…

In Kempten und Immenstadt gibt es die Tage der seelischen Gesundheit.

Vom SPZ werden Seminare zur Psychoedukation für die eigenen Klienten angeboten.

… Aufklärung für die Bevölkerung, das heißt also entsprechende Informationsveranstaltungen, das gibts jetzt auch seit Neuestem im Sinne der äh Tage der seelischen Gesundheitsreise, das was in Kempten stattfindet, aber zum Teil auch schon in Immenstadt also

mit verschiedenen Themen, die ja auch aufbereitet sind und vorgetragen werden. Ahm, ich denk mal, für ahm Besucher, so nennt sich das, Besucher vom SPZ gibts auch weitere präventive Maßnahmen, auch Psychoedukations-ähm Einheiten, aber ich denke, dass das nochmal etwas breiter gestreut werden könnte in der Region…

Mit manchen Krankenkassen ist ein IV-Vertrag (Vertrag zur integrierten Versorgungsform) nach Sozialgesetzbuch SGB V vereinbart worden. Die Fallsteuerung erfolgt durch das Bezirkskrankenhaus. Daraus soll eine Früherkennung von psychischen Störungen beziehungsweise Krankheiten der Arbeitnehmer resultieren.

3.3.2.4.2.3 Empfehlungen und Verbesserungsvorschläge zur Krisenprävention im südlichen Oberallgäu

Es soll mehr Präventionsarbeit geben, beispielsweise in Sportvereinen, inklusive der Aufklärung über Alkohol auch der Jugendlichen. Prävention ist bei Suchterkrankungen sinnvoll. Die Prävention psychischer Erkrankungen ist ein schwieriges Thema.

Arbeitgeber sollen aufgeklärt werden beziehungsweise ihre Mitarbeiter aufklären im Umgang mit psychisch Kranken sowie zu Themen wie Burn-out, Stress und Depressionen. Mitarbeiter sollen über die Prävention eigener psychischer Erkrankungen sowie über Zeichen der Überforderung und adäquaten Umgang damit informiert werden.

… Prävention erstens dahingehend, dass man die Mitarbeiter, also soweit erst mal das Personal sensibilisiert überhaupt, was Gefährdungen sein können,(…) muss man des aus zweierlei Seiten sehen, einmal die Personalkollegen, ja, die ja auch vor psychischen Erkrankungen in dem Sinn nicht unbedingt ja 100% geschützt sind, die können auch psychisch erkranken. Diese zu sensibilisieren und vorzuleben, wie man damit umgehen kann und zum anderen eben auch den Umgang dann mit psychisch erkrankten Menschen, auch n bisschen mehr zu öffnen und mehr nach außen hinzutragen, des isch so der Knackpunkt, wo ich glaube, dass des ne richtige Krisenprävention wäre, dass auch andere Arbeitgeber mehr darauf Rücksicht nehmen können und vielleicht auch das eine oder andere verhindern können. Thema Burn-out, Stressfaktor, Depressionen etc…

Lehrer und Betreuungspersonal sollen im Sinne der Frühprävention im Umgang mit psychischen Erkrankungen geschult werden.

Angehörige sollen aufgeklärt werden, da Angehörige oft den Erstkontakt mit dem psychiatrischen Hilfesystem knüpfen. Ebenso sollen Angehörige über das Erkennen von Früh-

warnzeichen und den Umgang mit Frühwarnzeichen in einer beginnenden Krise sowie über mögliche Ansprechpartner im Bedarfsfall informiert werden.

… die Aufklärung der Angehörigen, weil das oft diejenigen sind, die ja eh die Erstkontakte knüpfen, ah dass die einfach wissen an wen sie sich wenden und vor allen Dingen, dass sie sich rechtzeitig wenden, also an die entsprechenden Stellen wenden, wenn sie einfach feststellen eh, ein Angehöriger, Verwandter von mir, Bekannter verändert sich in seinem Wesen (räuspert sich), dass man da dann einfach nicht wartet bis es zu spät ist, bis der Betreffende nicht mehr erreichbar ist, sondern dass man möglichst frühzeitig einfach genau diesen Dienst, dieses Sozialpsychiatrische Zentrum einschaltet, damit einfach von dort aus Kontakt aufgenommen werden kann und ah man möglicherweise dann ne Behandlung in die Wege leiten kann, solange der Betreffende noch zugänglich ist und nicht erst dann, wenns zu spät ist und dann nur noch Zwangsmaßnahmen handeln eh oder, oder möglich sind, also des, eh denk i, isch wichtig, ehm was verbesserungswürdig wäre ehm, gut man könnte aus meiner Sicht ehm, vielleicht ***noch*** *mehr in der aufsuchenden Sozialarbeit machen…*

Der Kontakt zu den Angehörigen soll verbessert werden und den Angehörigen sollen Deeskalationstechniken für Krisensituationen vermittelt werden.

Die Polizei soll geschult werden. Mehr personelle Kapazitäten für Schulungsmaßnahmen sind sinnvoll.

Für Notärzte soll ein Ausbildungszyklus installiert werden, der auch berufsübergreifend durchgeführt werden soll.

… ein Ausbildungszyklus, den wir dann auf die Beine stellen, Umgang mit Krisensituationen in der Medizin, speziell in der Psychiatrie, auch für Notärzte…

4 Diskussion

4.1 Diskussion der Methodik

4.1.1 Diskussion des European Service Mapping Schedule (ESMS):

Zur quantitativen Datenerhebung mit dem Ziel die Strukturen und die Fallzahlen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung im südlichen Oberallgäu und im Bezirk Reutte zu erfassen, kam das ESMS zur Anwendung. Die Intention im Rahmen dieser Arbeit war es, nach Möglichkeit sämtliche versorgungsrelevanten Einrichtungen beziehungsweise Leistungserbringer des psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystems in Bezug auf die Fallzahlen darzustellen.

Bei dem ESMS handelt es sich um ein Standardinstrument durch dessen Anwendung eine innereuropäische sowie internationale Erfassung von Leistungserbringern in der psychiatrischen Versorgung ermöglicht wird. Dabei orientiert sich die Datenerhebung an den Angeboten der zu vergleichenden Versorgungseinrichtungen und weniger an einer Kategorisierung (Ungewitter et al. 2010, S.18-20).

Das Instrument des ESMS wurde an die zentralen Fragestellungen dieser Arbeit angepasst. Die standardmäßig durch das ESMS erfassten Angebotskategorien wurden durch die Verfasserin um zwei weitere ergänzt. Einerseits wurden die Daten über die Versorgungseinrichtungen mit Fokus auf Krisenintervention als zweite Fragestellung dieser Arbeit zusätzlich erhoben. Des Weiteren erfolgte die quantitative Erfassung der Kontakte der Selbsthilfegruppen für Angehörige und Betroffene, dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Selbsthilfe eine wichtige Komponente der ambulanten psychiatrischen und psychosozialen Versorgungstruktur in einer Region darstellt.

Da die Rahmenbedingungen und Infrastrukturen der beiden untersuchten Regionen-im Sinne eines intereuropäischen Vergleiches-recht verschieden sind, sollten die Erwartungen an die Aussagekraft der Ergebnisse relativiert werden (Ungewitter et al. 2010, S.45-47). Die Einteilung der Einrichtungen beziehungsweise Angebote der zu vergleichenden Regionen im ESMS entspricht nicht immer vollständig der deutschen und österreichischen Versorgungspraxis. Um diese Problematik zu minimieren, überließ die Verfasserin die Eingruppierung der Einrichtungen den jeweils zuständigen Einrichtungsleitern. Ebenfalls berücksichtigt werden sollte bei der Interpretation der durch das ESMS erfassten Daten, dass

zum Teil Klienten bewusst mehrfach gezählt werden, beispielsweise wenn verschiedene Dienste in verschiedenen Einrichtungen besucht werden (Wohnheim und Tagesstruktur). Des Weiteren unterscheiden sich die vom ESMS vorgegebenen Erfassungszeiträume der Daten in den Hauptkategorien. Beispielsweise werden die Fallzahlen in den stationären Einrichtungen pro Tag erfasst, in den nicht-akuten Einrichtungen zur Tagesbetreuung und strukturierten Aktivität pro Monat, bei ambulanten und kommunalen Diensten pro Quartal.

Zusammenfassend ist anzumerken, dass sich die Anwendung des ESMS im Rahmen dieser Arbeit zwar bei der Eingruppierung der Angebote gelegentlich als problematisch darstellte, aber eine internationale Vergleichbarkeit ermöglichte. Zu diesem Erhebungsinstrument besteht für vergleichende Erfassungen von Einrichtungen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung derzeit keine Alternative (Ungewitter et al. 2010, S.18-20).

4.1.2 Diskussion der Auswertung der Experteninterviews mittels der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring

Zur Beantwortung der zentralen Fragestellungen der vorliegenden Arbeit dienten auch die leitfadenorientierten Experteninterviews. Im Rahmen derer wurden Informationen und Erfahrungen von Experten des psychiatrischen und psychosozialen Fachgebietes gewonnen.

Da es sich bei dem Forschungsgegenstand dieser Arbeit um eine sehr komplexe, umfangreiche und diffizile Thematik handelt, legte die Verfasserin Wert auf eine Offenheit der Antwortmöglichkeit der Experten, um möglichst viele Facetten zum Ausdruck bringen zu können.

Durch die Anwendung der leitfadenorientierten Interviewtechnik ist es gelungen, dass die befragten Experten ihre Meinungen, Erfahrungen und Zielvorstellungen, zum einen in Bezug auf die psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsstrukturen und zum anderen hinsichtlich der Krisenprävention und Krisenintervention äußern konnten.

In dieser Arbeit wurde zur Auswertung der Experteninterviews die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring verwendet. Der Fokus dieser Analysemethode ist primär auf die Interpretation und nicht auf die quantitative Erfassung der Expertenmeinungen gerichtet (Kilian und Holzinger 2000, S.11).

Ein häufiger Kritikpunkt einer qualitativen Analyse ist die mangelnde Nachvollziehbarkeit und Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse. Dem wurde bei der vorliegenden Arbeit durch die Interposition von Originalzitaten aus den Experteninterviews in der Ergebnisdarstellung begegnet (Mayring 2010, S.7-8).

4.2 Diskussion der Ergebnisse der Experteninterviews über die psychiatrische und psychosoziale Versorgung im Bezirk Reutte

Subsumiert man die bereits bei der Ergebnisdarstellung ausführlich aufgeführten Meinungen, Empfehlungen und Wünsche der Experten sowie die mittels ESMS erhobenen Daten, kristallisiert sich folgende Kernaussage heraus: Eine wohnortnahe, moderne und bedarfsgerechte psychiatrische und psychosoziale Versorgungsstruktur mit ambulanten, stationären und komplementären Leistungsangeboten sowie Förderung der Selbsthilfe entsprechen den wesentlichen Zielvorstellungen der befragten Experten.

Unverkennbar kommt auch die Intention zur Sprache, die Zusammenarbeit zwischen psychisch kranken Menschen, Angehörigen und professionellen Diensten in den Mittelpunkt zu stellen.

Stationärer Bereich:

Da die Tiroler Psychiatriereform 1995-2005 (Stieg und Gföller 2005) nicht nur den Bezirk Reutte sondern das gesamte Tiroler Land erfasste, erfolgt von der Verfasserin an manchen Stellen auch der eine oder andere Exkurs auf das gesamte Land Tirol.

Durch Verordnung der Tiroler Landesregierung wurde 2009 der Tiroler Krankenanstaltenplan 2009 erlassen. Laut §1 (1) wird „ im Zuge der Umsetzung des Regionalen Strukturplanes Gesundheit Tirol als Detaillplan im Rahmen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit für den Bereich des stationären Moduls der Tiroler Krankenanstaltenplan 2009 erlassen“. Auch für das Fachgebiet der Psychiatrie werden im Krankenanstaltenplan die Bettenhöchstzahlen für die bettenführenden Organisationseinheiten in den Tiroler Fondskrankenanstalten im Kontext des Planungshorizontes 2015 vorgegeben (Tiroler Krankenanstaltenplan 2009, LGBl. Nr. 85/2009 in der Fassung LGBl. Nr. 90/2011).

Hiernach sind für den Bezirk Reutte keine Betten für das Fachgebiet der Psychiatrie geplant. Die Bettenhöchstzahl für die psychiatrische Abteilung des Landeskrankenhauses Hall beträgt 185 Betten. Laut Krankenanstaltenplan 2009 (Tiroler Krankenanstaltenplan 2009, LGBl. Nr. 85/2009 in der Fassung LGBl. Nr. 90/2011) ist eine Reduktion der psychiatrischen Betten im Landeskrankenhaus LKH Hall korrespondierend zum Ausbau der dezentralen stationären beziehungsweise ambulanten psychiatrischen Versorgungsstrukturen vorgesehen. Für den Gesamtraum Tirol ist eine Gesamtzahl an psychiatrischen Betten von 378 eingeplant.

Der Bettenstand 2005 entspricht einer Bettenmessziffer im gesamten Tirol von 0,35 pro 1000 Einwohner (Meise und Stieg 2008). Betrachtet man den gesamteuropäischen Median von 0,8 Betten pro 1000 Einwohner (2005), der dem WHO-Standard zwischen 0,5 und 1,0 Betten pro 1000 Einwohner entspricht (Becker et al. 2008, S.45-51), so liegt die Bettenmessziffer im gesamten Tirol im europäischen Vergleich sehr niedrig.

Umso mehr gewinnt der Ausbau eines gut differenzierten und umfangreichen Systems der ambulanten und komplementären Versorgung im Bezirk Reutte an Relevanz.

Während bis zum Jahr 2005 die gesamte stationäre psychiatrische Behandlungskapazität im Zentrum Tirols angesiedelt war (Psychiatrisches Krankenhaus Hall, Psychiatrische Universitätsklinik Innsbruck), erfolgte im Rahmen der geplanten Dezentralisierung der Bettenausbau im stationären Bereich. Im Bezirkskrankenhaus Lienz/Osttirol steht bereits eine psychiatrische Abteilung mit 30 Betten zur Verfügung. Geplant ist zudem die Einrichtung einer psychiatrischen Abteilung im Bezirkskrankenhaus Zams (Entfernungen siehe Tabelle 14) mit ebenfalls 30 stationären Betten. Die psychiatrische Versorgung des Bezirkes Reutte erfolgt zurzeit über das psychiatrische Krankenhaus in Hall. Dies hat zur Folge, dass derzeit in Hall behandelte Patienten und deren Angehörige aus dem Bezirk Reutte eine weite Entfernung bis nach Hall (zirka 100 km) mit dem PKW über den Fernpass (siehe Tabellen 13, 14) zurücklegen müssen. Erschwerend hinzu kommen die geographischen und witterungsbedingten Gegebenheiten des Fernpasses vor allem in der Winterzeit. Im Bezirkskrankenhaus Reutte existieren zurzeit keine stationären Kapazitäten für eine Betreuung beziehungsweise Versorgung psychisch kranker Menschen.

Zirka 16% der Gesamtzahl an Patienten wurden 2010 im Bezirkskrankenhaus Reutte aufgrund einer psychiatrischen Hauptdiagnose behandelt (Ladner 2011). Die meisten von diesen Patienten werden von den behandelnden Ärzten, in der Regel Fachärzte für Innere Me-

dizin als fehlplatziert betrachtet. Aber nicht nur die fachärztlichen, sondern auch die pflegerischen Kompetenzen und letztendlich die vorgehaltenen Infrastrukturen werden einer adäquaten psychiatrischen Versorgung nicht gerecht. Der internistischen Abteilung des BKH Reutte steht ein konsiliarischer psychiatrischer Dienst zur Verfügung. Dabei handelt es sich um einen niedergelassenen Psychiater, der an 5 Wochentagen die stationären Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen visitiert, Gespräche führt und ein therapeutisches Regime festlegt. An den Wochenenden, Feiertagen sowie in der Urlaubszeit des konsiliarisch tätigen niedergelassenen Psychiaters bleibt die internistische Abteilung und somit das gesamte BKH Reutte ohne psychiatrische Betreuung. Auf vielfachen Wunsch sowohl der Bevölkerung im Bezirk Reutte als auch der medizinischen Mitarbeiter des Krankenhauses wurde seit Anfang Mai 2013 im Rahmen des Konsiliar-Liaison-Dienstes im Außerfern ein zweiter Facharzt für Psychiatrie in Form einer Teilzeitanstellung installiert.

Im Bereich der **stationär-psychiatrischen-psychosomatischen Rehabilitation** existieren im Bezirk Reutte keine Angebote. Bestimmte psychiatrische und psychosomatische Krankheitsbilder, insbesondere Burn-out, Leistungsdruck im Arbeitsleben und Angststörungen werden laut Experten hinsichtlich der Fallzahlen zunehmen. Für die Patienten des Bezirkes besteht die Möglichkeit der psychiatrisch-psychosomatischen Rehabilitation seit Mai 2011 in einer Rehabilitationseinrichtung in Lans (Entfernungen siehe Tabelle 14). Auch für diese Einrichtung bestehen geographische Hürden durch die Entfernung und den Fernpass.

Nach Meinung der Experten aus dem Bezirk Reutte wäre in diesem Fall die Inanspruchnahme grenznaher psychiatrisch-psychosomatischer Einrichtungen, beispielsweise des Allgäuer Raumes, überlegenswert. Bisher scheiterten diesbezügliche Bemühungen an der Kostenübernahme durch die zuständigen österreichischen Kostenträger.

Dieser Wunsch steht jedoch im Kontrast zum sozialpsychiatrischen Konzept der Sektorierung, nach dem sich eine Region autark versorgen sollte.

Ambulanter Bereich:

Die ambulante psychiatrische Versorgung in Tirol zeichnet sich zurzeit durch eine räumliche Ungleichverteilung von Psychiatern zugunsten zentraler Regionen (Innsbruck Stadt, Innsbruck Land) aus. Im Bezirk Reutte praktiziert nur ein Facharzt für Psychiatrie, der gleichzeitig als Konsiliarius für das Bezirkskrankenhaus Reutte fungiert. Infolge dessen können kapazitätsmäßig manche Patientengruppen, vor allem aus dem Kerngebiet der Psy-

chiatrie, beispielsweise Alkoholabhängige und schizophrene Patienten, nicht immer vom niedergelassenen Psychiater erreicht werden.

Um dem Wunsch der Klienten und Angehörigen nach einer Wahlmöglichkeit zu entsprechen, ist ein weiterer Facharzt für Psychiatrie mit Kassenvertrag wünschenswert. Laut Expertenaussage des Psychiatriekoordinators gilt für die psychiatrische Versorgung einer Region ein Richtwert von 1 Facharzt für Psychiatrie pro 30000 Einwohner. Im Bezirk Reutte betrug 2011 die Einwohnerzahl 31738 (Amt der Tiroler Landesregierung 2012). Von den Experten wird argumentiert, dass insbesondere im Fachgebiet der Psychiatrie eingehende und umfangreiche Gespräche mit den Klienten erforderlich sind, um auch eine therapeutische Beziehung zum Patienten aufbauen zu können. Diese zeitintensiven Gespräche sollten adäquat honoriert werden.

Laut ambulantem RSG 2012 (Regionaler Strukturplan Gesundheit Tirol) ist im Rahmen der regionalen bezirksspezifischen und fachrichtungsbezogenen Bedarfsschätzung für das Jahr 2020 für den Bezirk Reutte ein Zielwert von 0,8 Vollzeitäquivalent einer Facharztstelle für Psychiatrie im niedergelassenen Bereich vorgesehen (Gesundheitsplattform des Tiroler Gesundheitsfonds 2012, S.12-13, S.20). Augenscheinlich ist die Diskrepanz zwischen den Wunschvorstellungen der Experten und den offiziellen Bedarfsschätzungen. Möglicherweise ist dies durch eine erwartete negative demographische Entwicklung im Bezirk Reutte bis zum Jahr 2020 zu erklären.

Klinische Psychologen sowie auch ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeuten, die zur freien Praxisausübung berechtigt sind, leisten ebenfalls in einer modernen psychiatrischen Gesamtversorgung einen relevanten Beitrag zur psychischen Gesundheit. Auch in diesem Fall, wie bei den niedergelassenen Psychiatern, praktiziert der überwiegende Teil im städtischen Ballungsraum.

Im Bezirk Reutte sind Psychologen und Psychotherapeuten niedergelassen. Derzeit sind 8 Psychotherapeuten im Bezirk Reutte, jedoch zum Teil nur stundenweise beziehungsweise tageweise tätig. Das Vollzeitäquivalent entspricht 2 ½ Stellen (Schick 2011). Durch diese Zahl an Psychotherapeuten können nicht alle Klienten ausreichend und sofort versorgt werden, auch wenn durch die Psychotherapeuten versucht wird kritische Situationen im Bezirk abzufangen.

Durch eine adäquate Honorierung der psychotherapeutischen Arbeit erhoffen sich die Experten eine zunehmende psychotherapeutische Betreuung, insbesondere auch von Klienten mit chronischen und schweren psychiatrischen Erkrankungsbildern.

Selbsthilfe

Für Klienten mit chronischen psychischen Erkrankungen und deren Angehörige stellen die Selbsthilfegruppen beziehungsweise-organisationen ein essentielles ergänzendes Angebot zur professionellen psychiatrischen Versorgung dar.

Im Bezirk Reutte wird von verschiedenen Einrichtungen und Vereinen eine Angehörigenberatung und-betreuung angeboten. Seit 2007 ist eine Angehörigenselbsthilfegruppe unter dem Dach der HPE (Hilfe für Angehörige psychisch erkrankter Menschen) aktiv. Des Weiteren gibt es eine Depressionsgruppe. Durch die sozialpsychiatrische Einrichtung werden ebenfalls Beratungen von Angehörigen durchgeführt. In den ESMS-Daten wird abgebildet, dass diese Angebote auch zahlenmäßig gut angenommen werden. Im Rahmen der Experteninterviews wird vielfach berichtet, dass insbesondere unter dem Aspekt der nur spärlich vorhandenen fachspezifischen psychiatrischen Angebote die Angehörigenarbeit gestärkt und unterstützt werden soll.

Komplementärer Bereich:

Der komplementäre Bereich beinhaltet die wichtigen Leistungsangebote Wohnen, Tagesstruktur und Arbeit. Auch hier ist der überwiegende Teil von Betreuungsplätzen in Innsbruck (Entfernungen siehe Tabelle 14) angesiedelt. Im Bezirk Reutte bestehen in diesem Bereich deutliche Defizite.

Psychosozialer Dienst:

Der psychosoziale Dienst zeichnet sich im Vergleich zu anderen Versorgungseinrichtungen durch eine relativ hohe Akzeptanz der Bevölkerung aus. Somit fungieren die Sozialpsychiatrischen Dienste neben den Hausärzten oft als erste Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Störungen sowie auch für deren Angehörige. Umfassende Betreuung, Planung, Orientierungshilfe, aber auch Krisenprävention und Krisenintervention sind neben der Tagesstrukturierung und Beschäftigungsinitiative wichtige Leistungen, die dort angeboten werden. Im Bezirk Reutte werden die Betreuungsleistungen durch Sozialarbeiter, Ergotherapeuten und Kunsttherapeuten (entspricht zirka 4,6 Vollzeitäquivalenten, umgerechnet auf die Einwohnerzahl des Bezirkes entspricht diese Zahl zirka 0,14 Fachkräften

pro 1000 Einwohner) der Einrichtung der Gesellschaft für psychische Gesundheit pro mente erbracht (Gesellschaft für psychische Gesundheit pro mente 2012) . Laut ÖBIG 2004 (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit) wird der Personalbedarf tirolweit mit einem Richtwert von 13-16 Fachkräften (Vollzeitäquivalent) pro 100000 Einwohner angegeben (Stieg und Gföller 2005). Im Vergleich zum international üblichen Standard beim Personalbedarf für Sozialpsychiatrische Zentren von 0,14 Fachkräften pro 1000 Einwohner (Becker et al. 2008, S.45-72) ist der Bezirk Reutte diesbezüglich gut aufgestellt.

Wohnen:

Die Versorgungstruktur Betreutes Wohnen in Wohngemeinschaften oder Wohngruppen findet sich fast ausschließlich in den zentralen Regionen Tirols. Im Bezirk Reutte besteht lediglich die Möglichkeit des ambulant Betreuten Wohnens unter der Betreuung der Gesellschaft für psychische Gesundheit pro mente. Als weitere nicht fachspezifisch-psychiatrische Möglichkeit des Betreuten Wohnens bietet in Reutte ein Altersheim insbesondere für ältere psychisch kranke Klienten Plätze an. Des Weiteren werden einzelne psychisch kranke Menschen auch im Wohnheim der Lebenshilfe für Menschen mit geistigen Behinderungen betreut. Betreutes Wohnen im Sinne einer Wohngemeinschaft oder einer Wohngruppe speziell für psychisch kranke Menschen existiert im Bezirk nicht. Nach Meinung der befragten Experten führen betreute Wohngemeinschaften, die in der Region dringend erforderlich sind, zur Steigerung der Lebensqualität bei Klienten und Angehörigen, zur Förderung der Selbständigkeit sowie zur Reduktion von Gewalt und Aggressionen, wenn die erwachsenen Klienten nicht im gemeinsamen Haushalt mit den Angehörigen leben.

Arbeit:

Angebote für eine berufliche Rehabilitation beziehungsweise Integration in den Arbeitsmarkt in Form eines Berufstrainings oder einer Berufsvorbereitung sind zurzeit im Bezirk Reutte nur eine Wunschvorstellung der Experten. Die vorhandenen Angebote beinhalten vorwiegend niedrigschwellige Tätigkeiten. Dabei handelt es sich vor allem um Beschäftigungen wie Geschicklichkeitstraining, kreative Tätigkeiten und Gruppenarbeiten, die eher der Tagesstruktur als einer beruflichen Vorbereitung dienen.

Tagesstruktur:

Aus Expertensicht stellt die Tagesstruktur eine sehr effiziente Betreuungsform dar. Im Rahmen derer kommt es auch zu einer stundenweisen Entlastung der Angehörigen und mehr Autonomie und Selbstbestimmung für die psychisch kranken Menschen. Die Gesellschaft für psychische Gesundheit pro mente als einzige tagesstrukturierende Einrichtung für psychisch kranke Menschen hält im Bezirk im Rahmen der Beschäftigungsinitiative derzeit insgesamt 12 Plätze vor.

Wie die Entwicklungen seit der Erstellung des Psychiatrieplanes 1993 zeigen, sind für den sozialpsychiatrischen Bereich Wohnen weniger Plätze als ursprünglich erwartet erforderlich. Hingegen hat der Bedarf an Ressourcen für den Bereich Tagesstruktur zugenommen (Abteilung Soziales 2012). Offensichtlich ist eine gut ausgebildete soziale und familiäre Kohäsion, die letztendlich die soziale Integration der Klienten fördert, die Ursache für diese Entwicklung.

Des Weiteren wird von Seiten der Experten eine bessere regionale Verteilung des institutionellen Angebotes und alltagsrelevante und individueller angepasste Aufgaben für die Klienten als erforderlich gesehen. Insbesondere sollten Hilfeleistungen auch in Gemeinden außerhalb von Reutte angeboten werden, um auch Klienten in entfernteren Gemeinden wohnortnahe tagesstrukturierende Maßnahmen anbieten zu können.

Spezialbereiche der psychiatrischen Versorgung :

Spezialbereiche der psychiatrischen Versorgung wie beispielsweise der gerontopsychiatrische Bereich sowie der Bereich der Kinder-und Jugendpsychiatrie existieren im Bezirk Reutte praktisch nicht.

Betroffene Patienten werden in der Regel nach einem primär stationären Aufenthalt im Bezirkskrankenhaus Reutte in die **gerontopsychiatrische Abteilung** des psychiatrischen Krankenhauses Hall überwiesen. Unter dem Aspekt der demographischen Entwicklung der Bevölkerung ist mit einer Steigerung der Zahl von gerontopychiatrischen aber auch von Demenzpatienten in nächster Zukunft zu rechnen. Da für die peripheren Regionen die Errichtung solcher psychiatrischer Fachabteilungen nicht absehbar ist, ist ein personeller Aufbau sowie eine adäquate finanzielle Ausstattung der vorhandenen Einrichtungen erforderlich.

Wünschenswert wäre die Errichtung von gerontopsychiatrischen Diensten, die Menschen mit psychischen Alterserkrankungen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung betreuen. Dadurch werden auch stationäre Behandlungen sowie Heimunterbringungen zu vermeiden sein. In diesem Kontext wäre eine Spezialisierung beziehungsweise Qualifizierung des Pflegepersonals bereits bestehender mobiler Krankenpflegedienste mit Fokus auf die neuen Herausforderungen durch die gerontopsychiatrischen Klienten erforderlich.

Ebenfalls sehr defizitär ist die **kinder-und jugendpsychiatrische Versorgung** des Bezirkes. Es existiert zurzeit im Bezirk Reutte kein Facharzt für diesen Spezialbereich der psychiatrischen Versorgung. Eine entsprechende Ambulanz hält nur die Universitätsklinik Innsbruck vor. Es werden von den Experten folgende Gründe für die defizitäre Versorgungslage aufgeführt. Einerseits existiert ein deutliches Gehaltsgefälle zu einigen benachbarten Ländern. Insofern müssten sich die Positionen der Honorarordnung auch in Tirol an den Anforderungen einer modernen Psychiatrie orientieren. Andererseits begründen die Experten die mangelnde Zahl an Kinder-und Jugendpsychiatern mit der Ausbildungsordnung. Hiernach darf ein Facharzt nur einen Facharztkandidaten betreuen. In diesen beiden Aspekten erkennen manche Experten die Gründe der bestehenden defizitären Versorgungslage in den peripheren Regionen, aber auch im gesamten Tirol. Im Zuge einer Studie am ÖBIG 2004 wurde ein Richtwert von einem niedergelassenen Facharzt für Kinder-und Jugendpsychiatrie pro 200000-250000 Einwohner vorgegeben (Gesundheitsplattform des Tiroler Gesundheitsfonds 2012, S.13-14). Daraus resultiert tirolweit ein Bedarf von größenordnungsmäßig rund vier Stellen für Kinder-und Jugendpsychiater. Sicherlich können in einem kleinen peripheren Bezirk nicht alle notwendigen Angebote vorgehalten werden. Zu bestimmten Sprechzeiten sollte auch in Reutte ein Kinder-und Jugendpsychiater anwesend sein, um auch in diesem Spezialbereich ein wohnortnahes Angebot zu ermöglichen. Darüber hinaus existieren, dies aber nicht nur in Tirol, sondern österreichweit zu wenige längerfristige Einrichtungen für psychisch auffällige Kinder und Jugendliche.

Kinder psychisch erkrankter Eltern stellen eine besondere Gruppe dar, die in der Vergangenheit wenig Beachtung erhielt. Da es sich bei den Kindern um eine besonders vulnerable Klientengruppe handelt, ist einerseits eine enge Zusammenarbeit, andererseits eine besondere Sensibilität der an der Betreuung beteiligten Experten beziehungsweise Professionen erforderlich (Bundesministerium für Gesundheit Österreich 2013).

Im Bezirk Reutte findet sich ein relativ hoher Anteil von 15,5% im Jahr 2011 (Amt der Tiroler Landesregierung 2012) an Mitbürgern mit einem **Migrationshintergrund.** Bis

heute ist es im Bezirk Reutte noch nicht realisiert worden, für diese Menschen entsprechende kultursensible Angebote vorzuhalten, wenn sie psychische Störungen entwickelt haben. Entsprechende psychosoziale Beratungsangebote, aber auch tagesstrukturierende Maßnahmen wären für diese Zielgruppe wünschenswert.

Suchtversorgung:

Im Leistungsbereich der ambulanten Suchtberatung engagieren sich in Reutte der Verein BIN (Beratung Information Nachsorge) für alkoholabhängige Menschen und die ambulante Drogenberatungsstelle Verein Suchtberatung Tirol. Der Verein Suchtberatung Tirol bietet in Reutte derzeit in 14-tägigem Intervall stundenweise psychosoziale Beratung, Betreuung und Begleitung von drogengefährdeten und drogenabhängigen Personen mit illegalem Substanzkonsum sowie für deren Angehörige und Bezugspersonen an. Nach einer Phase der passageren Betreuung dieser Beratungsstelle durch Mitarbeiter benachbarter Bezirke, besteht seit Dezember 2012 eine kontinuierliche 14 tägige Betreuung der Beratungsstelle in Reutte. Aufgrund der geographischen Gegebenheiten (Fernpass) wird diese Zweigstelle im Bezirk von den Klienten geschätzt. Die meisten Klienten suchen den Kontakt zur Beratungsstelle aufgrund einer gerichtlichen Weisung auf. Während man künftig mit einem potentiellen Mehrbedarf an Beratungen rechnet, sind die vorhandenen Kapazitäten derzeit bereits ausgelastet (Verein Suchtberatung Tirol 2012).

Der Verein BIN (Beratung Information Nachsorge) berät jede Woche stundenweise bereits erkrankte, aber auch gefährdete Personen mit Alkoholabhängigkeit, Medikamentenabhängigkeit und Spielsucht, sowie deren Angehörige.

Gewünscht ist ebenfalls eine ambulante Versorgungsmöglichkeit für opiatabhängige Menschen, auch in den zentrumsferneren Gemeinden des Bezirkes Reutte. Der Mangel an substituierenden Ärzten begründet sich einerseits in der besonderen Gesetzeslage, die die Behandlung von Drogenabhängigen erschwert und kompliziert. Aufgrund dessen befürchten die substituierenden Ärzte häufig juristische Konsequenzen. Andererseits schreckt der erhebliche Fortbildungsaufwand, von der Ärztekammer vorgeschrieben, in diesem Bereich die Ärzte davor ab die Substitutionsbehandlung in ihre tägliche Praxis zu integrieren (Weiterbildungsverordnung orale Substitution, BGBl. II Nr. 449/2006 in der Fassung BGBl. II Nr. 90/2011).

Koordination und Kooperation:

Laut Expertenmeinung verursacht die zunehmende, im Sinne der Klienten erwünschte, Differenzierung der Angebote eine Fragmentierung der Dienstleistungen sowie auch Verantwortlichkeiten. Um dieser Entwicklung zu begegnen, sollte das Gefühl der Gesamtverantwortung gestärkt werden. Die Installierung eines Case Managements dient der Koordination der Behandlungs-und psychosozialen Bedürfnisse der Klienten und ist in Großbritannien und den USA weit verbreitet (Becker et al. 2008, S.130-131).

Unterbringungszahlen:

Die in Tirol hohen Unterbringungszahlen im Vergleich sowohl mit dem österreichischen als auch dem europäischen Durchschnitt veranlassten die Verfasserin diesen Aspekt näher zu beleuchten. Zuvor ist ein Exkurs in das österreichische Unterbringungsgesetz (UbG) zum besseren Verständnis sinnvoll.

Das österreichische Unterbringungsgesetz gilt seit 1991. Durch dieses wird die unfreiwillige Aufnahme von Patienten in psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen geregelt. Im Jahre 2010 erfolgte eine Novellierung dieses Bundesgesetzes (Unterbringungsgesetz-UbG, BGBl. Nr. 155/1990 in der Fassung BGBl. I Nr. 18/2010).

Die zentralen Änderungen im Unterbringungsgesetz (UbG) in diesem Zusammenhang sind (Ladurner et al. 2012, S.3):

- „ für die Unterbringung auf Verlangen (§6 Abs1) reicht ein fachärztliches Zeugnis. Bereits die erste Aufnahmeuntersuchung samt positivem Zeugnis löst die Unterbringung aus.
- Die Unterbringung muss nicht mehr unmittelbar nach Wegfall der akuten Gefährdung aufgehoben werden, es ist auch die Rückfallwahrscheinlichkeit in die Überlegungen einzubeziehen.“

Die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um eine Person in einem psychiatrischen Krankenhaus beziehungsweise in einer psychiatrischen Abteilung unterbringen zu können, sind in §3 UbG geregelt (Unterbringungsgesetz-UbG, BGBl. Nr. 155/1990 in der Fassung BGBl. I Nr. 18/2010):

- „Es muss eine psychiatrische Erkrankung vorliegen.

- Es besteht in diesem Zusammenhang eine erhebliche Selbst-und/ oder Fremdgefährdung.

- Es besteht keine alternative Behandlungsmöglichkeit zur stationären Unterbringung für die betreffende Person“.

Nach den statistischen Daten des ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) erkennt man, dass bereits innerhalb Österreichs erhebliche regionale Unterschiede in Bezug auf die Unterbringungszahlen bestehen (Danzer et al. 2006). Die Unterbringungen in Tirol pro 100000 Einwohner beliefen sich im Jahre 2008 auf 369,78. Der bundesösterreichische Durchschnitt betrug im gleichen Jahr 255,41 Unterbringungen pro 100000 Einwohner (Denk et al. 2010, S.66-67). Betrachtet man des Weiteren die Unterbringungszahlen pro 100000 Einwohner innerhalb Europas (Erhebung im Zeitraum 1998-2003), zeigt sich, dass bereits damals Österreich mit einer jährlichen Unterbringungszahl von 175 pro 100000 Einwohner eine der höchsten Unterbringungszahlen hatte. Aus den gleichen statistischen Daten (Denk et al. 2010, S.66-67) ist in den Jahren 2006-2008 ein geringer, aber kontinuierlicher Anstieg der ohnehin hohen Unterbringungszahlen in Tirol zu registrieren (2006: 341,34 / 100000 EW, 2007: 368,34/100000 EW, 2008: 369,78/ 100000 EW). Für Deutschland war eine Anzahl an Zwangseinweisungen von 175 pro 100000 Einwohner für das Jahr 2000 angegeben (Salize und Dressing 2004). Nach einer neueren Arbeit (Brieger et al. epub ahead of print) wurde für das Bezirkskrankenhaus Kempten/ Bayern eine Unterbringungsrate von 97,6 pro 100000 Einwohner errechnet (Rekrutierung 2008-2009).

Im Rahmen der Analyse des Unterbringungsgesetzes 2012 (Ladurner et al. 2012, S.29-31) wurde von den teilnehmenden Experten ein Erklärungsversuch für die zunehmende Zahl an Unterbringungsfällen in den letzten Jahren in Österreich unternommen.

Als mögliche Gründe wurden eine zunehmende Zahl an Unterbringungen von alkoholerkrankten Patienten, gerontopsychiatrischen Fällen sowie für die Zentralräume möglicherweise vermehrte Unterbringungen von Obdachlosen, Asylwerbern und Flüchtlingen diskutiert. Eine andere Erklärung könnte auch die Zunahme der §9 Unterbringungen (Unterbringungsgesetz-UbG, BGBl. Nr. 155/1990 in der Fassung BGBl. I Nr. 18/2010) sein. Gemeint ist in diesem Fall die Zuweisung durch eine Sicherheitsbehörde ohne Beiziehung eines zur Einweisung berechtigten Arztes. Auch Patienten, die aus diversen Gründen nicht in einer anderen Institution beziehungsweise Einrichtung untergebracht werden können, sollen zunehmend mangels Alternativen zwangseingewiesen werden (Denk et al. 2010, S.52).

Im Rahmen der Analyse des Unterbringungsgesetzes 2012 (Ladurner et al. 2012, S.28-33) wurden auch mögliche Gründe für die divergierenden Unterbringungszahlen der unterschiedlichen Bundesländer diskutiert. In Bezug auf das Land Tirol sind vor allem folgende Ursachen für die im Bundesvergleich hohen Unterbringungszahlen denkbar. Einerseits könnte ein hoher Anteil der zwangseingewiesenen Patienten durch forensische Einweisungen bedingt sein. Andererseits könnte ein eventuell in Tirol besonders hoch ausgeprägtes Sicherheitsdenken der handelnden Personen (Polizei, Amtsärzte, Sprengelärzte und Richter) einen großen Einfluss auf die Unterbringungspraxis ausüben.

Laut Expertenaussage ist in Tirol eine vergleichsweise niedrige Suizidrate zu registrieren. Im Bericht von Dr. N. Kapusta ergibt sich für das Land Tirol ein 3-Jahresmittelwert (2009-2011) von 14,2 pro 100000 Einwohner bei einer bundesösterreichischen Suizidrate von 15,2 pro 100000 Einwohner. Die höchsten Suizidraten in diesem Zeitraum hatten die Steiermark (18,9) und Kärnten (17,5). Dies wurde in einen ätiologischen Zusammenhang mit den hohen Unterbringungsraten in Tirol gebracht (Kapusta 2012, S.7-9). Man könnte postulieren, dass durch die erhöhte Anzahl an Zwangseinweisungen von Patienten, die einen Suizid androhen, es zu einer rechtzeitigen spezifischen Therapie solcher Patienten kommt.

Eine weitergehende Analyse der divergierenden Unterbringungspraxis sollte Gegenstand weiterer Forschungsarbeiten sein.

Richtet man den Fokus auf den Bezirk Reutte, erhält man für das Jahr 2011 eine Unterbringungsrate von 53,65 pro 100000 Einwohner (Gesundheitsamt Reutte 2013; Universitätsklinik Innsbruck 2012; Landeskrankenhaus Hall 2012). Die im Vergleich zum gesamten Tirol niedrigen Unterbringungszahlen könnten darin begründet sein, dass in ländlich geprägten Regionen einerseits der soziale und familiäre Verbund gut ausgebildet ist und andererseits die Furcht vor der Stigmatisierung und Diskriminierung durch Unterbringungen und Zwangseinweisungen sehr präsent ist und konsekutiv psychiatrische Notfallsituationen eher durch das häusliche Umfeld abgefangen werden. Aufgrund der ungünstigen geographischen Gegebenheiten, die den Bezirk Reutte prägen und der weiten Entfernung zur nächstgelegenen psychiatrischen Abteilung (zirka 100 km), besteht möglicherweise die Tendenz der amtshandelnden Personen Patienten in psychiatrischen Notfallsituationen eher in die regionalen Einrichtungen einzuweisen, zum Beispiel in das Bezirkskrankenhaus Reutte, obwohl dort keine ständig verfügbare psychiatrische Kompetenz vorhanden ist.

4.3 Diskussion der Ergebnisse der Experteninterviews über die psychiatrische und psychosoziale Versorgung im südlichen Oberallgäu

Analog zu den Kernaussagen der Experten aus dem Bezirk Reutte manifestiert sich auch bei den befragten Experten aus dem südlichen Oberallgäu der Wunsch sowie die Empfehlung nach einer flexiblen, wohnortnahen und nach Möglichkeit individuell ausgerichteten psychiatrischen und psychosozialen Versorgung.

Stationärer Bereich:

Die stationäre Versorgung der Patienten mit psychiatrischen Diagnosen aus dem Einzugsbereich des südlichen Oberallgäus erfolgt durch das Bezirkskrankenhaus Kempten, das 1986 als erstes dezentrales gemeindenahes Angebot neben dem Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren eröffnet wurde und für den südschwäbischen Raum zuständig ist. Das psychiatrische Krankenhaus in Kempten ist zuständig für die Versorgung und Behandlung psychisch kranker Menschen aus der Stadt Kempten und den Landkreisen Oberallgäu und Lindau. Zum Bezirkskrankenhaus gehört zudem die Tagesklinik in der Stadt Lindau. Eine Abteilung für Allgemeinpsychiatrie, eine für Psychotherapie und Psychosomatik, eine für Alterspsychiatrie und eine Abteilung für Suchtmedizin stellen die vier klinischen Bereiche des Bezirkskrankenhauses dar. Die Möglichkeit für eine stationäre, tagesklinische und ambulante Behandlung steht in allen vier Bereichen zur Verfügung. Aufgrund der momentanen Bettenknappheit (87 Betten für eine Region von zirka 270000 Einwohnern) kommt es häufig dazu, dass nicht alle zugewiesenen Patienten, laut Meinung einiger Experten, zeitnah stationär aufgenommen werden können. Dies führt dazu, dass eine Anzahl von Patienten mit primär psychiatrischen Diagnosen auch in den internistischen Abteilungen der Krankenhäuser in Oberstdorf, Sonthofen und Immenstadt sowie im Klinikum Kempten aufgenommen wird. In den Krankenhäusern des südlichen Oberallgäus wurden 200 Patienten im Jahr 2011 mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose stationär behandelt. Im Klinikum Kempten waren es 23 Patienten (Kliniken Oberallgäu 2012; Klinikum Kempten-Oberallgäu 2012).

In seltenen Fällen werden Patienten mit akuten psychiatrischen Krankheitsbildern, die mit einem erhöhten Selbst-und Fremdgefährdungspotential assoziiert sind, aus den eben erwähnten Bettenkapazitätsproblemen im Bezirkskrankenhaus, in andere psychiatrische Krankenhäuser in den angrenzenden Regionen eingewiesen. Inzwischen ist eine Erweiterung der Bettenkapazitäten in Form eines Neubaus am Klinikum Kempten bereits be-

schlossen und in Umsetzung begriffen. Dadurch kommt es zu einer Aufstockung der für die psychiatrischen Patienten vorgehaltenen Betten auf insgesamt 120. Mit Sicherheit stellt diese Tatsache eine positive Nachricht im Kontext einer adäquaten regionalen und dezentral agierenden psychiatrischen Versorgung dar. Gleichzeitig muss man aber anmerken, dass trotz dieser Erweiterung der Bettenkapazitäten aufgrund eines bevölkerungsmäßig großen Einzugsbereichs (270000 Einwohner) die errechnete Bettenmessziffer für das Bezirkskrankenhaus in Kempten mit 0,24 pro 1000 Einwohner (Brieger et al. epub ahead of print) sowohl deutschlandweit mit 0,65 pro 1000 Einwohner (Salize und Dressing 2004) als auch im internationalen Vergleich mit 0,43 pro 1000 Einwohner in England und Wales niedrig ist (Glover 2007).

Diese räumliche Integration der psychiatrischen Abteilung in das Klinikum Kempten und somit in die Nähe der somatisch erkrankten Menschen trägt, wie manche Experten hoffen, zu einer gewissen Entstigmatisierung der Psychiatrie bei.

So wie auch bereits für den Bezirk Reutte beschrieben, verfügen die internistischen Abteilungen der regionalen Krankenhäuser des südlichen Oberallgäus ebenfalls nicht über eine ärztliche und pflegerische psychiatrische Fachkompetenz.

In Bezug auf die **stationäre psychosomatische Rehabilitation** im südlichen Oberallgäu vertreten die meisten Experten die Meinung, dass eine flächendeckende ausreichende Versorgung existiert. Manche sprechen sogar von einer Überversorgung in diesem Bereich. Dabei werden die wesentlichen Bereiche der Psychosomatik abgedeckt. Vor allem das dichte Netz an psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen und dies insbesondere auch im Allgäuer Raum stellt eine Besonderheit in Deutschland dar (Becker et al. 2008, S.97-98).

Insbesondere in Bayern imponiert beim Vergleich der stationären Akutversorgungskapazitäten pro 1000 Einwohner für die Versorgung psychischer Krankheitsbilder, in Relation zum übrigen Bundesgebiet, eine deutlich höhere Anzahl an ausgewiesenen psychosomatischen Betten, Bayern: 0,21/1000 Einwohner, übriges deutsches Bundesgebiet: 0,06/1000 Einwohner (Borrmann-Hassenbach et al. 2008, S.3). Im Rahmen eines Positionspapieres der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatischen Vollversorgungskliniken aus dem Verband der bayerischen Bezirke wurde festgestellt, dass aufgrund der Versorgungssituation kein weiterer Bedarf an akut-stationären selektiven psychosomatischen Kapazitäten besteht. Sinnvoll wäre vielmehr eine weitere Verstärkung und bessere Ausgestal-

tung der Aufgaben der bereits bestehenden bezirklichen psychiatrisch-psychosomatisch integrierenden Kliniken (Borrmann-Hassenbach et al. 2008, S.10-11).

Andererseits erkennen manche Experten in der Tatsache, dass in der Regel die psychosomatischen Rehabilitationskliniken Patienten mit weniger ausgeprägten psychiatrischen Erkrankungsbildern behandeln, eine gewisse Versorgungsungerechtigkeit.

Ein möglicher Erklärungsansatz für diese Wahrnehmung ist die in Bayern anzutreffende separate Bedarfsplanung für Krankenhausbetten in den Fächern Psychiatrie und Psychosomatik. Daraus resultieren zwei separate Versorgungskreise. Einerseits die Bezirkskliniken mit einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Pflichtversorgung, auf der anderen Seite in der Regel wohnortferne psychosomatische Fachkliniken, die eine nach Diagnosegruppen, Erkrankungs-und Versicherungsstatus selektive Versorgung anbieten (Verband der bayerischen Bezirke 2011, S.11-13).

Da die akute psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung auch rehabilitative Elemente beinhaltet, ist eine definitive Abgrenzung zwischen rehabilitativer Versorgung und kurativer Therapie im Fachgebiet der Psychiatrie kaum möglich. Insbesondere, wenn es um die Finanzierung entsprechender Leistungen geht, gibt es nicht selten Streitigkeiten über die Zuständigkeiten (Weig 2005).

Ambulanter Bereich:

Die ambulante psychiatrische Versorgung ist im südlichen Oberallgäu, wie auch in vielen ländlichen Regionen in Bayern, laut Experten nicht ausreichend. In diesem Bereich existieren ein Facharzt für Psychiatrie in einem medizinischen Versorgungszentrum, ein Facharzt für Psychiatrie im Sozialpsychiatrischen Dienst sowie ein niedergelassener Facharzt für Psychiatrie und Neurologie mit überwiegend neurologischem Schwerpunkt. Des Weiteren steht die Psychiatrische Institutsambulanz des Bezirkskrankenhauses Kempten insbesondere chronisch und schwer erkrankten Menschen, die umfangreicher Komplexleistungen bedürfen, zur Verfügung.

Trotz des hohen Einsatzes der niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie sind vor allem bei der Versorgung chronisch psychisch Erkrankter Engpässe zu verzeichnen. Zu überlegen wäre, ob entsprechende finanzielle Anreize Fachärzte für Psychiatrie in ländlichen und abgelegenen Regionen vermehrt zu einer Niederlassung motivieren könnten.

Aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen der niedergelassenen Psychiater sind kaum Hausbesuche realisierbar. Darunter leidet allerdings die Betreuung von Patienten mit eingeschränkter Krankheitseinsicht oder Motivation, die auf eigene Initiative den Kontakt mit einem Facharzt für Psychiatrie nicht aufnehmen möchten. Solche Patienten werden andererseits erfreulicherweise im Rahmen der hausärztlichen Versorgung durch Fachärzte für Allgemeinmedizin und Innere Medizin mitbetreut. Durch entsprechende Fort-und Ausbildungsprogramme könnte im Bedarfsfall die psychiatrische Kompetenz der Hausärzte erweitert werden. Im Kontext des Entlassungsmanagements aus dem stationär-psychiatrischen Bereich klagen manche Experten über einen oftmals eingeschränkten Informationsfluss sowohl über den Entlassungszeitpunkt als auch das empfohlene Procedere bei ihren Patienten. Unter diesem Aspekt wären, vor allem für problematische Patienten, gemeinsame Fallkonferenzen hilfreich.

Komplementärer Bereich:

Sozialpsychiatrischer Dienst:

In Bayern fungiert als Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste überwiegend die Freie Wohlfahrtspflege (Albers 2011).

Für die psychosoziale Versorgung des südlichen Oberallgäus gibt es einen Sozialpsychiatrischen Dienst mit Tagesstätte. Durch diesen Dienst werden auch aufsuchende Hilfen angeboten. Die Zugangsmöglichkeit ist niederschwellig ausgestaltet.

Im südlichen Oberallgäu werden die Betreuungsleistungen des Sozialpsychiatrischen Dienstes durch Sozialarbeiter, psychiatrische Fachpflegekräfte, Psychologen, Fachärzte und Heilerziehungspfleger erbracht. Dies entspricht zirka 8,2 Vollzeitäquivalenten. Hierbei wird die 0,5 Stelle der psychiatrischen Fachpflegekraft der PIA sowie die 0,5 Stelle Facharzt für Psychiatrie der PIA berücksichtigt (Sozialpsychiatrisches Zentrum 2011). Umgerechnet auf die Einwohnerzahl der Region entspricht diese Zahl zirka 0,10 Fachkräften pro 1000 Einwohner. Im Vergleich zum international üblichen Standard beim Personalbedarf für Sozialpsychiatrische Zentren von 0,14 Fachkräften pro 1000 Einwohner (Becker et al. 2008, S.45-51) ist die Personalausstattung des Sozialpsychiatrischen Dienstes im südlichen Oberallgäu optimierungsbedürftig.

Laut Ansicht der Experten wird die organisatorische Vernetzung des Sozialpsychiatrischen Dienstes mit dem Bezirkskrankenhaus sowie mit der Psychiatrischen Institutsambulanz in

der Regel als gut empfunden. Einige Experten würden sich jedoch insbesondere im Kontext der Entlassungsplanung eine engere Kooperation und Absprache wünschen. Zudem besteht der Wunsch mancher Experten nach einer möglichst kontinuierlichen Betreuung der Klienten sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich durch die gleichen Mitarbeiter, im Sinne der personenzentrierten Hilfe. Die Rolle des Koordinators sollte in diesem Fall sinnvollerweise von der Person übernommen werden, die mit dem Klienten den ersten Kontakt hatte beziehungsweise das Erstgespräch führte.

In Analogie dazu stößt man im Gesundheitssystem in Großbritannien auf den Begriff Community Mental Health Teams. Bei diesem Versorgungsmodell, das Mitte der neunziger Jahre geformt wurde, wurde die kontinuierliche Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in der Gemeinde propagiert. Im Rahmen einer Studie von Tyrer wurde gezeigt, dass die akut-psychiatrischen Aufnahmen in die Krankenhäuser reduziert werden konnten (Tyrer et al. 1998).

Wohnen:

Für die Eingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im häuslichen Umfeld stellt Betreutes Wohnen ein wichtiges ambulantes Angebot dar.

Laut Expertenmeinung ist die Anzahl an Wohnheimen beziehungsweise Heimplätzen in den letzten Jahren im südlichen Oberallgäu gestiegen. Man kann postulieren, dass durch den ökonomischen Druck der Krankenkassen die Aufenthaltsdauer in den psychiatrischen Krankenhäusern häufig reduziert wird. Die einzige Lösung ist dann teilweise eine Heimverlegung der betroffenen Klienten (Bayerisches Staatsministerium 2007, S.74-75). Die in der Regel auf Dauer geplante Unterbringung der Klienten in der Heimversorgung widerspricht dem erwünschten Vorrang ambulanter Hilfen, insbesondere auch deswegen, weil solche Bewohner nach langen Aufenthalten in den Heimen Integrationsprobleme im alltäglichen Leben haben. Infolgedessen formulieren die Experten den klaren Wunsch, dass keine zusätzlichen Heimplätze in Form einer stationären Einrichtung errichtet werden sollten. Zugunsten ambulant betreuter Wohnmöglichkeiten wäre sogar ein Abbau von Heimplätzen zweckdienlich.

Erwähnenswert ist der Expertenwunsch nach flexiblen Zwischenformen des Betreuten Wohnens, beispielsweise in Form eines virtuellen Heimes mit im Bedarfsfall engmaschiger Betreuungsmöglichkeit.

Arbeit:

Dass schwere psychische Erkrankungen die betroffenen Klienten nicht nur in ihrer Persönlichkeit, Lebensplanung aber vor allem auch in ihrem Arbeitsleben beeinträchtigen, ist nachzuvollziehen. Im südlichen Oberallgäu ist die Beschäftigungssituation psychisch kranker Menschen auf dem ersten Arbeitsmarkt unbefriedigend, trotz der im Vergleich zum übrigen europäischen Raum im Oberallgäu bestehenden niedrigen Arbeitslosenquote von 2,6% im Juli 2011 (Bundesagentur für Arbeit 2011). Im Rahmen der beruflichen Rehabilitation sollte nach Meinung der Experten nach Möglichkeit das gesamte Spektrum (stundenweise bis Vollbeschäftigung) abgedeckt sein. Da Arbeit ein stabilisierender und sinngebender Faktor auch für psychisch kranke Menschen ist, sollte es flexible und multiple Arbeits-und Beschäftigungsformen, je nach individuellen Möglichkeiten und Ansprüchen geben. Es sollten Nischenjobs mit entsprechender Förderung vorgehalten werden ebenso wie Hilfen zur beruflichen Rehabilitation. Erwähnenswert ist in diesem Kontext die Facheinrichtung zur Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK) in Kempten. Diese Einrichtung bietet ebenfalls für Klienten aus dem südlichen Oberallgäu berufliche Vorbereitungs-und Anpassungsmaßnahmen, Hilfen zur Berufsfindung sowie Arbeitserprobung auch in Form einer teilstationären Betreuung an.

Erforderlich ist die Unterstützung bei der Integration in das Arbeitsleben sowohl für den ersten als auch den zweiten Arbeitsmarkt sowie auch Unterstützung bei der Tätigkeit am jeweiligen Arbeitsplatz selbst.

In diesem Kontext sollte vermehrt auch Aufklärungsarbeit in größeren Betrieben erfolgen, um die Berührungsängste von Vorgesetzten und Kollegen mit psychisch kranken Menschen abzubauen.

Tagesstruktur:

Für die Tagesgestaltung und Tagesstrukturierung sollte es niedrigschwellige Angebote in Form von Treffpunkten und Begegnungsstätten geben, besonders wenn man bedenkt, dass sich diese Klienten häufig sozial isoliert fühlen.

Es sollte die Möglichkeit von sinnvollen Tätigkeiten existieren sowie das Angebot verschiedener Beschäftigungsmöglichkeiten in unterschiedlichen zeitlichen Dimensionen, zum Beispiel in Vollzeit sowie auch stundenweise in einem Spektrum von einfachsten bis

hin zu komplizierteren Tätigkeiten. Diese Form der Tagesstruktur wird durch den Sozialpsychiatrischen Dienst in Immenstadt angeboten.

Laut Aussage der Experten sollten insbesondere ergotherapeutische Maßnahmen und Zuverdienstmöglichkeiten zum üblichen Angebot von Tagesstätten gehören.

Spezialbereiche der psychiatrischen Versorgung :

Gerontopsychiatrie:

Durch die bekannte demographische Entwicklung der Gesellschaft wird die gerontopsychiatrische Versorgung zunehmend relevanter.

Korrelierend hierzu ist eine Zunahme an demenzerkrankten und gerontopsychiatrischen Patienten zu verzeichnen. Diese können und sollen auch nicht alle stationär untergebracht und versorgt werden und haben auch meist den Wunsch in den gewohnten Lebensbezügen zu verbleiben.

Im südlichen Oberallgäu gibt es derzeit keine adäquate ambulante Versorgungsmöglichkeit von demenzkranken Menschen.

Die Hauptsäule der Betreuung von Menschen mit psychischen Alterserkrankungen bilden die pflegenden Angehörigen. Wünschenswert wäre nach Meinung der Experten in diesem Zusammenhang die Einrichtung von Beratungsstellen zur Information und Entlastung von pflegenden Angehörigen. Sinnvoll wäre auch eine entsprechende Schulung der Angehörigen, vor allem im Umgang mit Demenzkranken.

Kinder-und jugendpsychiatrische Versorgung:

Nach Meinung der Experten besteht im südlichen Oberallgäu im Bereich der kinder-und jugendpsychiatrischen sowie kinder-und jugendpsychotherapeutischen Versorgung ein zum Teil erheblicher Optimierungsbedarf.

Es sollte für Kinder und Jugendliche mehr Präventionsarbeit geleistet werden sowie eine gezielte Förderung von psychisch erkrankten Jugendlichen stattfinden. Insbesondere die Schnittstellenproblematik der verschiedenen Finanzierungstöpfe für die Kinder-und Jugendpsychiatrie und die Erwachsenenpsychiatrie sowie die Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Sozialhilfe erschwert die Koordination der Hilfeleistungen.

Sucht:

In der stationären Versorgung stellen die Klienten mit einer Suchtproblematik eine große Patientengruppe dar. Die akute Entzugsbehandlung von Klienten erfolgt im südlichen Oberallgäu sowohl in den allgemeinen Krankenhäusern als auch im Bezirkskrankenhaus Kempten.

Im ambulanten Bereich existiert im südlichen Oberallgäu eine Suchtberatungsstelle, die mit insgesamt 1,5 Vollzeitäquivalenten personell ausgestattet ist. In diesem Zusammenhang wurde der Wunsch nach einer Optimierung der Zusammenarbeit zwischen der suchtmedizinischen Akutversorgung in den Allgemeinkrankenhäusern und der ambulanten Beratungsstelle geäußert. Vor allem vor dem Hintergrund, dass nach einer stationären Entgiftungsbehandlung nur ein geringer Anteil der betroffenen Klienten den Kontakt mit der Suchtberatungsstelle sucht, gewinnt die Motivation der Klienten durch die stationären Einrichtungen an Bedeutung. Sehr wichtig erscheinen in diesem Kontext auch ausreichende Kenntnisse der hausärztlich tätigen Ärzte über die Behandlung suchtmedizinischer Krankheitsbilder, zumal oftmals die Hausärzte die erste Anlaufstelle dieser Klienten sind.

Ein negatives Epiphänomen des Vereinswesens in den ländlichen Regionen, auch des südlichen Oberallgäus, ist die Bagatellisierung des Alkoholkonsums. Nach Einschätzung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung ist eine Zunahme an riskantem Alkoholkonsumverhalten bei Jugendlichen im Alter von 10-20 Jahren zu beobachten (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012, S.18-19).

Regelmäßige informative Veranstaltungen in Schulen und Vereinen über das Gefährdungspotential von Suchtmitteln und das existente regionale Beratungs-und Hilfeangebot dienen der primären Prävention.

Im Bereich der Subsitutionsbehandlung erkennen die Experten einen Bedarf an substituierenden Ärzte. Durch die strengen gesetzlichen Vorgaben beziehungsweise Reglementierungen der Substitutionsbehandlung schrecken viele niedergelassene Ärzte vor der Behandlung chronisch Suchterkrankter zurück.

In der Substitutionsambulanz der Psychiatrischen Institutsambulanz in Kempten stehen mittlerweile ausreichende Kapazitäten zur Verfügung.

4.4 Diskussion der Leitgedanken und fachlichen Grundsätze einer adäquaten und optimalen Krisenprävention und Krisenintervention aus Sicht der Experten

Neue überraschend auftretende belastende Ereignisse und Lebensumstände führen häufig bei den Betroffenen zu einer Erschütterung des seelischen Gleichgewichtes. Dazu gehören, zum Beispiel Trennungen, Krankheiten oder Todesfälle. In solchen Momenten versagen die üblichen Lebensbewältigungsstrategien der betroffenen Menschen. Gefühle von Hilf- und Ratlosigkeit, Angst und Überforderung stellen emotionale Vorgänge dar, die zu einer psychischen und sozialen Labilisierung führen. Es droht die Entwicklung eines inadäquaten oder sogar schädlichen Bewältigungsverhaltens, zum Beispiel durch Alkohol-oder Medikamentenmissbrauch. In nicht seltenen Fällen eskaliert die Situation bis hin zum Suizid. Eine Krisenbewältigung erfolgt in der Regel im privaten Umfeld. Häufig wird eine professionelle Hilfe erst in einem fortgeschrittenen Stadium in Anspruch genommen, wenn die Betroffenen bereits psychisch dekompensiert sind (Haring et al. 2011, S.32-34; Czamler 2012).

Als ein komplexes psychosoziales sowie psychosomatisches Geschehen verlangt jede Krise nach einer raschen aber auch differenzierten Intervention. Ein optimales Kriseninterventionskonzept soll multiprofessionelle, psychiatrisch und psychotherapeutisch fundierte Behandlungsansätze anwenden (Welschehold et al. 2013, S.11-15). Die psychische Stabilisierung der Betroffenen sowie die Wiederherstellung des Selbstwertgefühls und konsekutiv der Handlungs-und Entscheidungsfähigkeit ist als das Minimalziel einer adäquaten Krisenintervention anzusehen (Haring et al. 2011, S.32-38).

Die Erreichbarkeit eines niederschwelligen Krisendienstes entlastet die Betroffenen rasch und häufig nachhaltig, was wiederum zur Frühbehandlung aber auch Sekundärprävention führt.

Gut funktionierende regionale Krisenhilfeangebote, die mit Behörden sowie Exekutive effektiv kooperieren, tragen zu einer signifikanten Reduktion der Zwangseinweisungen bei. Dies wiederum führt bei den betroffenen Menschen zur Vertrauensbildung in das psychiatrische Versorgungssystem.

Nach Meinung der Experten ist an einer qualifizierten Krisenintervention ein multidisziplinäres Team beteiligt, bestehend aus Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Sozialarbeitern. Bedenkt man, dass betroffene Klienten im Rahmen von Krisen häufig neben

psychischen auch somatische und soziale Defizite beziehungsweise Störungen aufweisen, erhält die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen eine grosse Bedeutung.

Eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine effektive und frühe Krisenintervention ist nach Meinung der Experten die Niederschwelligkeit der angebotenen Hilfeleistungen. Ein unbürokratischer und vor allem kostenfreier Zugang zu professionellen Angeboten würde, insbesondere sozial schwachen, bildungsfernen und krisenanfälligen Klienten, helfen derartige Unterstützungen anzunehmen (Haring et al. 2011, S.32-38).

Die Steigerung des Bekanntheitsgrades solcher hilfeanbietenden Einrichtungen durch Öffentlichkeitsarbeit führt zu einer besseren Akzeptanz und Inanspruchnahme. Die Relevanz und Bedeutung der Öffentlichkeits-und Aufklärungsarbeit ist unbestritten, wenn man die Inanspruchnahmezahlen des überregional organsierten Bereitschaftsdienstes der kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vom Jahr 2011 näher betrachtet. Von den bayernweit 1,4 Millionen registrierten Fällen betrafen 19330 psychiatrische Erkrankungen, also nur 1,4%. Von vielen betroffenen Klienten werden in psychischen Krisensituationen offensichtlich solche, vor allem auf somatische Notfälle ausgerichtete Angebote, nicht in Anspruch genommen (Welschehold et al. 2012, S.5-10).

Optimalerweise sollten Kriseninterventionsangebote rasch verfügbar sein, so dass die Klienten eine Kontakt-und Gesprächsmöglichkeit innerhalb von 24 Stunden vorfinden können, meinen die Experten. Die Erstanlaufstelle soll in der Lage sein die Dringlichkeit des vorgetragenen Anliegens aber auch die Gefährdung des Klienten einzuschätzen. Je nach Bedarf soll eine Beratung oder eine sofortige Krisenintervention angeboten werden. Durch eine Kooperationsvereinbarung soll eine rasche Vermittlung an weitere Behandlungsangebote, zum Beispiel an eine ambulante Stelle mit psychiatrischer Kompetenz oder an eine stationäre Behandlungsmöglichkeit realisierbar sein. Unabdingbare Voraussetzung ist eine telefonische 24-Stunden-Erreichbarkeit für 7 Tage in der Woche, mindestens jedoch täglich bis 24 Uhr sowie Erreichbarkeit am Wochenende.

Pro Region soll eine Telefonnummer bekannt und nachhaltig kommuniziert sein. Bewährt haben sich bisher hierfür Sozialpsychiatrische Dienste oder eigens gegründete Vereine, berichten die Experten (Czamler und Voglmayr 2013).

Einrichtungen für eine ambulante und komplementäre Krisenhilfe sollten für die Klienten direkt oder auf Empfehlung durch die Erstanlaufstelle erreichbar sein. Auch hier sollte

eines der ambulant-komplementären Angebote die Möglichkeit für ein persönliches Gespräch mindestens bis 24 Uhr, optimalerweise rund um die Uhr vorhalten.

Im Fachkonzept der regionalen psychiatrischen Krisenversorgung, München 2012 (Welschehold et al. 2012, S.18) werden folgende ambulanten Einrichtungen für eine regionale Planung einer Krisenversorgung einbezogen: „Psychiatrischer Krisendienst, falls vorhanden, sozialpsychiatrische und gerontopsychiatrische Dienste, spezielle Krisenberatungsstellen für definierte Zielgruppen und Problemlagen, Psychiatrische Institutsambulanzen der Kliniken, niedergelassene Psychiater, ärztliche und/ oder psychologische Psychotherapeuten, ambulante psychiatrische Pflegedienste“.

Die Vermeidung mancher unnötiger stationärer Aufnahme ist laut Experten ein unbestrittener Verdienst einer adäquat funktionierenden ambulanten Krisenintervention.

Für Klienten, die aufgrund der psychischen Notlage nicht in der Lage sind die Erstanlaufstellen oder ambulanten Kriseneinrichtungen persönlich zu erreichen, soll eine aufsuchende beziehungsweise mobile Hilfe installiert werden. Vor Ort kann sodann eine akute Selbst-oder Fremdgefährdung fachlich kompetent eingeschätzt werden. Den Experten zufolge kann die mobile Krisenhilfe entweder als nicht-ärztliche Hilfe in Person von Psychologen, Sozialpädagogen oder Fachpflegekräften mit Erfahrung in psychiatrischen Krisenin-terventionen oder als ärztliche Hilfe durch niedergelassene Psychiater, psychiatrischen Bereitschaftsdienst oder Klinikärzte gewährleistet sein.

Bei Konstellationen und Klienten, bei denen die Möglichkeit einer ambulanten Krisenintervention an ihre Grenzen stößt, zum Beispiel im Rahmen einer deutlichen Selbst-oder Fremdgefährdung, soll rasch und unkompliziert eine stationäre Krisenhilfe erreichbar sein. Zu diesem Zweck sollen nach Meinung der Experten psychiatrische Einrichtungen mit stationären Krisen-und Akutbehandlungsplätzen jederzeit zur Verfügung stehen. Die Aufnahme der durch den Krisendienst zugewiesenen Patienten soll komplikations-und reibungslos verlaufen.

Eine klar zugeordnete und übergeordnete Koordinationsfunktion ist eine wichtige organisatorische Voraussetzung für den nachhaltigen Erfolg einer regionalen psychiatrischen Krisenversorgung (Bramesfeld et al. 2012). Sinnvollerweise sollte diese Aufgabe vom Betreuer übernommen werden, der den Erstkontakt beziehungsweise Gespräch mit dem betroffenen Klienten absolviert. Besonderes Augenmerk sollte laut Experten auf eine kontinuierliche Fort-und Weiterbildung aller im psychosozialen Feld tätigen Fachpersonen ge-

legt werden. Denn sie gehört, genauso wie wissenschaftliche Forschung über Krisenintervention und Suizidprävention, zu einem umfassenden und gelungenen Kriseninterventionskonzept (Haring et al. 2011, S.32-38).

Abschließend werden zusammenfassend die wichtigsten Aspekte und Grundsätze, die beim Ausbau und der Umsetzung einer adäquaten Krisenversorgung mit Fokus auf die regionalen Besonderheiten erforderlich sind, beleuchtet. Dabei ist die Einbeziehung aller relevanten regionalen Institutionen, Einrichtungen und Personen sehr wichtig. Herangezogen werden diesbezüglich die Empfehlungen aus dem Rahmenkonzept zur ambulanten Krisenversorgung des Verbandes der bayerischen Bezirke 2012 (Verband der bayerischen Bezirke 2012).

Primär ist abzuklären, wie groß das durch eine gemeinsame Krisenversorgung abzudeckende Gebiet sein kann. Die zu erwartenden Inanspruchnahmezahlen sind genauso einzuschätzen, wie die räumlichen Entfernungen zwischen den einzelnen Standorten der Krisenversorgung und den Anfahrtsstrecken und-zeiten für die betroffenen Klienten (Verband der bayerischen Bezirke 2012).

In diesem Zusammenhang wurde bereits in der Psychiatrie-Enquete 1975 die Bezeichnung „erreichbare Nähe“ erwähnt. Diese wird definiert durch die Erreichbarkeit einer entsprechenden Versorgungseinrichtung mit öffentlichen Verkehrsmitteln in der Regel innerhalb etwa einer Stunde (Deutscher Bundestag 1975, S.203-207).

Die Frage, wie die Verankerung der Krisenversorgung in bereits bestehenden lokalen Strukturen und Gremien erfolgen kann, muss geklärt werden. Dazu gehören auch Kooperationsvereinbarungen zwischen den Akteuren der aufzubauenden Krisen-und der regionalen Regelversorgung. Bei der Konzeption der Krisenversorgung muss auch Rücksicht auf spezifische Zielgruppen genommen werden, sodass entsprechende Leistungen angeboten werden können. Die Trägerschaft und Organisationsform der aufzubauenden regionalen Krisenversorgung soll ebenfalls geplant werden. Schließlich sollte eine bestmögliche Zusammenarbeit mit der Exekutive, vor allem in Hinblick auf selbst-und fremdgefährdende Klienten, vereinbart werden (Verband der bayerischen Bezirke 2012).

4.5 Diskussion der Ergebnisse der Experteninterviews über den aktuellen Stand der Krisenprävention und Krisenintervention im Bezirk Reutte

Betroffene Klienten aber auch Angehörige erleben die psychiatrische und psychosoziale Versorgung in der Krisensituation im Bezirk als dürftig.

Als Erstanlaufstellen bieten sich der einzige im Bezirk niedergelassene Facharzt für Psychiatrie mit Kassenzulassung, der Sozialpsychiatrische Dienst der Gesellschaft für psychische Gesundheit pro mente, die im Bezirk niedergelassenen Psychotherapeuten sowie die niedergelassenen Hausärzte an. Die aufgeführten Hilfsangebote sind in der Regel während der Sprechzeiten beziehungsweise Öffnungszeiten erreichbar. Darüber hinaus stehen in Ausnahmefällen als fachspezifische Hilfen der niedergelassene Facharzt für Psychiatrie und der Sozialpsychiatrische Dienst des Bezirkes auch außerhalb der Sprechzeiten beziehungsweise Öffnungszeiten für ihre Klienten in Krisensituationen zur Verfügung. Dieses Angebot besteht allerdings nur für die Klienten, die bereits mit den entsprechenden Einrichtungen eine Vereinbarung getroffen haben und somit bereits im psychiatrischen Hilfesystem angebunden sind.

Auch die Hausärzte stehen ihren Patienten außerhalb der Sprechzeiten in Krisensituationen zur Verfügung. Zu bedenken ist aber, dass nicht alle niedergelassenen Allgemeinärzte über eine psychiatrische Fachkompetenz verfügen.

Trotz des zum Teil erheblichen Engagements der oben genannten fach-und nichtfachspezifischen Berufsgruppen ist im Bezirk Reutte bis dato kein aufsuchender Krisendienst installiert, der über 24 Stunden erreichbar ist.

Denkbar wäre primär die Installierung einer telefonischen Erreichbarkeit, beispielsweise zunächst in den späten Abendstunden und am Wochenende im Sinne eines Modell-Projektes. Die telefonische Erreichbarkeit könnte durch Personen ermöglicht werden, die eine umfassende Kompetenz zur Kriseneinschätzung besitzen. Diesbezüglich sollten Mitarbeiter der bestehenden Einrichtungen gegebenenfalls bei Bedarf geschult werden. Die Krisentelefonnummer sollte der Öffentlichkeit bekannt sein. In weiterer Folge ist die Inanspruchnahme eines solchen Dienstes zu analysieren und gegebenenfalls bedarfsadaptiert personell und zeitlich auszuweiten.

Zum Zeitpunkt dieser Untersuchung bleibt den betroffenen Klienten und ihren Angehörigen in einer Krisensituation außerhalb der üblichen Sprech-und Öffnungszeiten der Institu-

tionen häufig als einziger Ausweg das Bezirkskrankenhaus Reutte, das jederzeit erreichbar ist. Wie bereits im Rahmen dieser Arbeit erwähnt wurde, finden die Betroffenen jedoch in diesen Zeiten keine psychiatrisch-fachspezifische Betreuung im Bezirkskrankenhaus vor. Somit ist eine fachspezifische Krisenbehandlung in diesen Zeiten nicht möglich.

Aus dem gesamten Kontingent, der im Jahr 2010 im Bezirkskrankenhaus Reutte aufgenommenen Patienten finden sich zirka 16% der Patienten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (Ladner 2011). Vergleicht man diese Zahl mit dem Anteil an Patienten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose in den öffentlichen Krankenanstalten, die nicht über eine psychiatrische Abteilung verfügen in der gesamten Versorgungsregion Tirol West (Bezirk Landeck, Bezirk Reutte, Bezirk Imst), beträgt der prozentuale Anteil solcher Patienten 22,5% (Meise und Stieg 2008). Aufgrund der im Bezirkskrankenhaus Reutte im Jahr 2010 relativ niedrigen Prozentzahl an Patienten mit psychiatrischen Hauptdiagnosen relativiert sich der Wunsch nach der Installierung von akut-psychiatrischen Betten in Reutte. Möglicherweise ist eine Erklärung für den im Vergleich zur gesamten Versorgungsregion West niedrigeren Prozentsatz darin zu finden, dass die Interne Abteilung, die von allen Abteilungen nahezu ausschließlich für die Aufnahme akut psychisch kranker Patienten zuständig ist, primär somatisch orientiert ist. Somit werden im Vordergrund somatische Ursachen als Hauptdiagnose einer psychischen Krise festgestellt. Konsekutiv wird dadurch die befürchtete Stigmatisierung durch eine psychiatrische Diagnose umgangen. Andererseits könnte die in den ländlichen und peripheren Regionen Tirols stärker ausgeprägte familiäre Kohäsion in Kombination mit der Tabuisierung einer psychischen Erkrankung dazu führen, dass Klienten trotz einer psychischen Krisensituation das Aufsuchen des Krankenhauses meiden.

Da in einigen Fällen einer krisenhaften Zuspitzung und der Entstehung einer Krise die Ursache innerhalb der Familie zu finden ist, ist therapeutisch gesehen eine vorübergehende Abkoppelung des betroffenen Klienten aus dem familiären Verbund sinnvoll. Hilfreich wäre für diese Klienten eine möglichst niedrigschwellige Erreichbarkeit von Krisenzimmern, beispielsweise in den Räumlichkeiten des lokalen Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Die zurzeit auch in Krisensituationen gut funktionierende Zusammenarbeit und Kooperation zwischen dem Roten Kreuz und der Polizei trägt zu einer Vermeidung einer weiteren Traumatisierung und Stigmatisierung des Klienten bei. Eine intensive und regelmäßige Schulung im Umgang mit Klienten in psychischen Krisensituationen wird den professionellen Umgang dieser Organisationen mit psychisch kranken Menschen fördern.

In Bezug auf die krisenpräventive Arbeit im Bezirk Reutte sind Informationsveranstaltungen in Schulen zu finden, die sich mit verschiedenen Themen zur psychischen Gesundheit und vor allem auch der Suchtproblematik beschäftigen. Weiterhin engagiert sich die lokale Vertretung der HPE (Hilfe für Angehörige psychisch erkrankter Menschen) für Aufklärungs-und Entstigmatisierungsarbeit in der Bevölkerung. Zu wünschen wäre eine Intensivierung dieser Aufklärungsarbeit in der Öffentlichkeit sowie psychoedukative Angebote für Angehörige vor Ort.

Nach Einrichtung einer hämatologischen Fachkompetenz im Bezirkskrankenhaus Reutte seit zirka 2012 wird der Wunsch sowohl der an dieser Abteilung tätigen Mitarbeiter als auch vor allem der Angehörigen nach einer psychoonkologischen Betreuung immer lauter. Im Hinblick auf die zum Teil enormen psychischen Belastungen bis hin zu suizidalen Absichten im Kontext der oftmals ungünstigen Prognose solcher Erkrankungen ist dieser Wunsch nachvollziehbar. Zurzeit ist eine solche Betreuung in Planung, aber noch nicht realisiert.

4.6 Diskussion der Ergebnisse der Experteninterviews über den aktuellen Stand und die Optimierungsmöglichkeiten der Krisenprävention und Krisenintervention im südlichen Oberallgäu

Ähnlich wie auch im Bezirk Reutte wird nach Meinung der Experten eine ganzjährige und rund um die Uhr besetzte beziehungsweise zur Verfügung stehende Erstanlaufstelle im südlichen Oberallgäu für Klienten in einer psychischen Krisensituation für erforderlich erachtet.

Als Erstanlaufstelle fungieren im südlichen Oberallgäu der Sozialpsychiatrische Dienst in Immenstadt während der Öffnungszeiten, die niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie sowie die niedergelassenen Psychotherapeuten während ihrer Sprechzeiten. Rund um die Uhr sind folgende Einrichtungen verfügbar: das Bezirkskrankenhaus Kempten mit der Psychiatrischen Institutsambulanz sowie die regionalen Krankenhäuser des südlichen Oberallgäus (Immenstadt, Sonthofen, Oberstdorf) und das Klinikum Kempten. Die beiden zuletzt genannten Einrichtungen verfügen nicht über eine spezifische psychiatrische Fachkompetenz vor Ort. Des Weiteren gibt es die hausärztlichen Bereitschaftsdienste und den notärztlichen Dienst.

Das Bezirkskrankenhaus in Kempten bietet zwar auch für das südliche Oberallgäu als einzige in der Region verfügbare psychiatrische Fachklinik eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung an. Anmerken muss man jedoch einerseits, dass im ländlich geprägten Raum des südlichen Oberallgäus teilweise die Entfernung zur Klinik und andererseits die immer noch existente Angst vor einer Stigmatisierung durch die Aufnahme in eine psychiatrische Abteilung manchmal eine Hürde für die Kontaktaufnahme darstellen.

Nach Expertenwunsch sollten die Allgemeinkrankenhäuser des südlichen Oberallgäus als Erstanlaufstelle außerhalb der Sprechzeiten der regionalen ambulanten Institutionen Betten für akute psychische Krisen vorhalten. Dies sollte jedoch gleichzeitig eine entsprechende Ausbildung der dort zuständigen Mitarbeiter in psychiatrischer Notfallkompetenz implizieren.

Regelmäßig durchzuführende Fortbildungsmaßnahmen sind ebenso notwendig und sinnvoll für die Blaulichtorganisationen wie Rotes Kreuz, Notärzte und Polizei.

Der Sozialpsychiatrische Dienst in Immenstadt bietet neben der Funktion einer Erstanlaufstelle zusätzlich aufsuchende und auch niedrigschwellige Hilfen auch im Krisenfall an. Dieses Angebot besteht jedoch nur zu den Öffnungszeiten.

In Bezug auf die niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie besteht laut Experten eine Mangelversorgung im südlichen Oberallgäu. Infolgedessen sind die Wartezeiten für die Klienten auf Termine bei den niedergelassenen Psychiatern derzeit eigentlich unzumutbar lang. Aufgrund des deutlichen Termindruckes ist kaum eine aufsuchende und mobile Hilfeleistung der Fachärzte für Klienten, die in einer Krisensituation nicht in der Lage sind die Praxis aufzusuchen, möglich. Aber auch für die Klienten in einer psychischen Notlage, die den Facharzt aufsuchen können, sind von Seiten der Psychiater aufgrund der terminlichen Auslastung nur schwer akute Krisentermine bereitzustellen.

Den Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie stehen für die Behandlung der Klienten 30 Minuten pro Quartal als Therapiezeit zur Verfügung. Somit ist es nicht schwer nachvollziehbar, dass viele Psychiater und Neurologen bei der Behandlung schwerer erkrankter Patienten mit engmaschigen Kontaktintervallen kaum kostendeckend honoriert werden. Infolgedessen konzentrieren sich viele niedergelassene Psychiater vor allem auf die Ausübung psychotherapeutischer Behandlungen, die wirtschaftlich betrachtet attraktiver sind. Dadurch stehen aber diese Fachärzte für die psychiatrische Basisversorgung kaum mehr zur Verfügung (Melchinger 2008a).

Bedenkt man, dass einerseits für die psychiatrische Versorgung in Westdeutschland ein Nervenarzt für rund 16500 Einwohner zuständig ist- im Bundesdurchschnitt für 17200 Einwohner- und führt man sich andererseits vor Augen, dass aufgrund der Zunahme psychischer Erkrankungen ein solcher Facharzt auf je 6000 Einwohner für sinnvoll gehalten wird, erkennt man die eklatanten Defizite der Versorgung in diesem Bereich für das südliche Oberallgäu (Becker et al. 2008, S.87-88). In diesem Zusammenhang ist auch die Arbeit von Richter und Berger zu erwähnen, im Rahmen derer eine systematische Literaturübersicht von Querschnittsstudien seit 2008 über psychische Probleme in der Allgemeinbevölkerung erfolgte. Die Autoren kamen zu der Schlussfolgerung, dass der Mehrbedarf an Psychiatern beziehungsweise Neurologen nicht nur auf einer Zunahme psychischer Probleme oder Störungen beruht, sondern auch auf einer Steigerung der Inanspruchnahme von psychiatrischen Gesundheitsleistungen (Richter und Berger 2013).

Somit bleiben die hausärztlich tätigen Allgemeinärzte und Internisten häufig der erste Ansprechpartner beziehungsweise die Erstanlaufstelle für Klienten in psychischer Not. Nicht alle Hausärzte verfügen über entsprechende psychiatrische Kompetenzen, um Patienten in psychischen Krisensituationen adäquat behandeln zu können. Zu diesem Zweck sollten entsprechende Fort-und Weiterbildungsmöglichkeiten, insbesondere mit dem Fokus auf eine frühdiagnostische Kompetenz sowie im Bereich verbaler Interventionstechniken angeboten werden.

Laut einer Liste der AOK Bayern praktizierten 17 niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, zum Teil jedoch nur stundenweise, im Dezember 2010 im südlichen Oberallgäu (AOK Bayern 2010). Diese sind zwar ebenfalls in die Krisenversorgung involviert, jedoch, wie auch bei den niedergelassenen Psychiatern, bestehen nur wenige freie Kapazitäten neben den Regelterminen für Klienten in akuten psychischen Krisensituationen. Zudem bestehen im südlichen Oberallgäu für Menschen mit komplexen psychischen Störungen, zum Beispiel Borderlinestörungen sehr wenige spezifische Behandlungsangebote. Betrachtet man die ambulante ärztliche und psychologische psychotherapeutische Versorgung, fällt in den letzten Jahren auf, dass durch die Leistungsübernahme der Psychologen durch die Kassenärztliche Vereinigung deren Zahl erheblich gestiegen ist. Konsekutiv ist es zu einem erheblichen Ungleichgewicht zwischen den Zahlen der ärztlich und psychologisch tätigen Psychotherapeuten einerseits und den niedergelassenen Psychiatern andererseits gekommen. Darin wird die Begründung dafür gesehen, dass ein großer Anteil des Psychiatriebudgets für Psychotherapieleistungen einer Minderheit von psy-

chisch kranken Patienten aufgebracht wird, während für schwer psychisch erkrankte Menschen nur in geringer Ausprägung psychotherapeutische Leistungen durch die niedergelassenen Psychotherapeuten durchgeführt werden (Becker et al. 2008, S.91-101).

Heiner Melchinger errechnete im Rahmen seines Gutachtens mit dem Titel „Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung“, dass „ärztliche und psychologische Psychotherapeuten insgesamt 25% aller Patienten behandeln, dafür aber einen Anteil von 65% der Gesamtausgaben erhalten“ (Melchinger 2008b, S.39-44). „Im Gegensatz dazu erhalten die vertragsärztlich tätigen Psychiater und Nervenärzte nur 25% der Gesamtausgaben, während sie 72% der Patienten behandeln“(Melchinger 2008a).

Wünschenswert wäre die Einbeziehung auch der Psychotherapeuten in eine Rund-um-die-Uhr-Krisenversorgung. Dies sollte selbstverständlich entsprechend honoriert werden.

Unabdingbare Voraussetzung für eine gut funktionierende und zuverlässige Krisenintervention und Krisenversorgung ist eine einheitlich geregelte Kooperation und Koordination aller beteiligten Einrichtungen und Personen.

Im Rahmen der Krisenprävention sollte nach Meinung der Experten ein besonderes Augenmerk auf die Kinder-und Jugendprävention gelegt werden. In diesem Kontext sollten entsprechende regelmäßige Unterrichtsangebote für die Schüler offeriert werden. Andererseits sollten aber auch Fortbildungsmöglichkeiten für Lehrer zu psychischen Störungen, zum Aufbau von Kompetenzen zur Früherkennung von auffälligen Entwicklungen bei Kindern sowie zum Umgang mit verhaltensauffälligen Schülern angeboten werden.

Wünschenswert wäre laut Experten auch eine effektive Vernetzung und Kooperation zwischen größeren Unternehmen einerseits und den fachspezifischen psychiatrischen Einrichtungen andererseits, um rechtzeitig Mitarbeiter mit psychosozialen Problemen einer adäquaten Hilfe zuzuführen. Denkbar wäre dies durch die verstärkte Einbindung der Betriebsärzte sowie die Installierung eines effektiven betrieblichen Gesundheitsmanagementes zur Detektion und Prävention psychischer Erkrankungen bei den Mitarbeitern.

4.7 Diskussion der Ergebnisse des ESMS in Bezug auf die psychiatrische und psychosoziale Versorgung in den beiden Regionen

Nachfolgend werden die Angebote in den untersuchten Regionen in 4 Abschnitte analog zu den ESMS-Kategorien unterteilt und anschließend diskutiert.

4.7.1 Psychiatrische Einrichtungen mit Übernachtung

Für den Bezirk Reutte wird in diesem Abschnitt das Allgemeine öffentliche Bezirkskrankenhaus in Reutte, das den Versorgungsauftrag für den gesamten Bezirk hat, berücksichtigt. Obwohl diese Einrichtung über keine stationäre psychiatrische Fachkompetenz verfügt, erfolgte deren Erfassung vor dem Hintergrund, dass dieses Krankenhaus auch Patienten mit primär psychiatrischen Diagnosen aus dem gesamten Bezirk versorgt.

Bei den weiteren erfassten Einrichtungen wie Landeskrankenhaus Hall, psychiatrische Abteilung der Universitätsklinik Innsbruck sowie psychosomatische Klinik und Suchtversorgungseinrichtungen handelt es sich um Institutionen mit einer psychiatrischen Fachkompetenz, jedoch befinden sich diese genannten Einrichtungen außerhalb des Bezirkes Reutte. Die Erhebung der Daten aus den Kliniken in Hall und Innsbruck erfolgte unter dem Aspekt, dass diese beiden Einrichtungen zuständig für die stationär-psychiatrische Versorgung sowie für die Versorgung von Klienten aus dem Bezirk Reutte in den psychiatrischen Spezialbereichen sind. In der psychosomatischen Einrichtung sowie in den Suchtversorgungseinrichtungen werden aufgrund der Ermangelung ähnlicher Einrichtungen im Bezirk Reutte Patienten aus dem Bezirk zur Behandlung aufgenommen. Deshalb wurden auch die Daten dieser Einrichtungen in der Erhebung erfasst.

Für das südliche Oberallgäu wurden folgende Einrichtungen erfasst: die Allgemeinkrankenhäuser des südlichen Oberallgäus, Klinikum Kempten, psychiatrisches Bezirkskrankenhaus in Kempten, Suchtversorgungseinrichtungen sowie psychosomatische Rehabilitationseinrichtungen. Die Allgemeinkrankenhäuser verfügen analog zum Allgemeinen öffentlichen Krankenhaus im Bezirk Reutte über keine stationär-psychiatrische Fachkompetenz, betreuen jedoch Patienten mit psychiatrischen Hauptdiagnosen und wurden deshalb in die Erhebung mit aufgenommen. Die übrigen einbezogenen Einrichtungen aus der Allgäuer Region gehören zwar nicht alle zum südlichen Oberallgäu, betreuen jedoch auch

Patienten aus der untersuchten Region. Aus der forensischen Abteilung des psychiatrischen Krankenhauses in Kaufbeuren wurden die Daten der Patienten aus dem südlichen Oberallgäu erhoben.

Unterschiede im Vergleich beider Regionen werden in Bezug auf die ESMS-Daten im Bereich der akuten stationären Versorgung von psychisch erkrankten Menschen deutlich (Definition der Einrichtungen siehe Datenerhebungsbogen im Anhang S.184). Im Bezirk Reutte ist die durchschnittliche Zahl an Fällen pro 100000 Einwohner pro Tag höher (34,29/ 50,56: südliches Oberallgäu/ Reutte). Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass die ambulanten und kommunalen Dienste in der Region südliches Oberallgäu mehr Klienten im ambulanten Bereich auffangen und somit die Aufnahme in akuten Krankenhäusern soweit möglich vermieden wird.

Vergleicht man die Ergebnisse des Forschungsprojektes „Bestandsaufnahme der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland“ (Ungewitter et al. 2010, S.25-28), in der 4 verschiedene Versorgungsregionen mittels ESMS verglichen wurden, imponiert eine deutlich höhere Fallzahl an akut-psychiatrischen Behandlungen pro 100000 Einwohner (Günzburg 114,22/ Leipzig 126,45/ Regensburg 150,35/ Eisenhüttenstadt 68,98). Als mögliche Erklärung dieser divergierenden Fallzahlen zwischen den Erhebungen des Forschungsprojektes von Ungewitter et al. und der vorliegenden Arbeit ist zu diskutieren, ob möglicherweise höhere Bettenmessziffern in den von Ungewitter et al. untersuchten Regionen vorliegen und somit eine höhere Bettenkapazität zur Verfügung steht. Andererseits könnte postuliert werden, dass bei der Aufnahme von Patienten mit psychischen Erkrankungen in den regionalen Allgemeinkrankenhäusern- ohne psychiatrisch-stationäre Fachkompetenz- die psychiatrischen Erkrankungen häufig nur als Nebendiagnose geführt werden. Bei den erfassten Einrichtungen (Angebotssituation Krankenhausbehandlung) im Rahmen des Forschungsprojektes von Ungewitter handelt es sich um psychiatrische Krankenhäuser beziehungsweise Krankenhäuser mit psychiatrischen Abteilungen. Letztendlich könnte auch die geographisch exponierte Lage des Bezirkes Reutte ein Grund für die niedrige Inanspruchnahme des psychiatrischen Krankenhauses in Hall von Klienten aus dem Bezirk sein.

Deutliche Unterschiede ergeben sich insbesondere im Bereich der Versorgung der nichtakuten Krankenhäuser und Einrichtungen (Definition siehe Datenerhebungsbogen im Anhang S.184). Hier werden im südlichen Oberallgäu deutlich mehr Patienten behandelt (43,18/ 6,32: südliches OA/ Reutte). Die Differenz der Fallzahlen dieser Einrichtungen

erklärt sich am ehesten durch die im Vergleich zu Tirol ungleich hohe Anzahl an psychosomatischen Rehabilitationskliniken im Allgäu.

Des Weiteren wurden durch das ESMS in diesem Abschnitt ebenfalls die Wohnheime, Pflegekliniken, Pflegeheime sowie betreute Wohngemeinschaften erfasst.

Im südlichen Oberallgäu fallen in dieser Kategorie deutlich höhere Fallzahlen pro 100000 Einwohner pro Tag auf (57,15/ 37,92; südliches Oberallgäu/ Reutte). Dieser Unterschied der Fallzahlen lässt sich durch die deutlich höhere Zahl an Langzeitwohnheimen im Allgäu begründen. Eine mögliche Ursache wiederum kann durchaus in dem sogenannten Deinstitutionalisierungsprozess ihre Erklärung finden. Im Rahmen der Psychiatrie-Enquete 1975 kam es zu einem Umfunktionieren von großen Teilen der Langzeitstationen in psychiatrischen Krankenhäusern in Pflegeheimplätze sowie Wohnheime (Becker et al. 2008, S.45-51). Dieser ursprünglich initierte Prozess, der der gemeindenahen Versorgung aller psychisch kranken Menschen dienen sollte, führte damals mangels eines ausdifferenzierten ambulanten Versorgungssystems zu einer Form der Reinstitutionalsierung in Langzeitheime, die heute zu hinterfragen ist. Das Ausmaß der Reinstitutionalisierung in verschiedenen europäischen Ländern hängt vor allem mit den unterschiedlichen Traditionen der psychischen Gesundheitsversorgung zusammen. In der Arbeit von Priebe et al. 2005 wird dies deutlich (Priebe et al. 2005).

Im Bezirk Reutte existiert keine fachspezifisch betreute Wohneinrichtung für psychisch kranke Menschen. Die erfassten Einrichtungen in dieser Kategorie befinden sich bis auf zwei außerhalb des Bezirkes Reutte. Berücksichtigt man diese Tatsache, würde die Fallzahl im Bezirk Reutte noch deutlich niedriger ausfallen. Gründe für diese niedrige Fallzahl können einerseits in den im Bezirk Reutte noch ausgeprägteren traditionellen familiären Bindungen und konsekutiv in der Versorgung der psychisch kranken Menschen innerhalb der familiären Strukturen gesehen werden. Andererseits übersiedeln nach Aussagen der interviewten Experten nach Dekompensation der familiären Unterstützung die betroffenen Klienten in den Zentralraum nach Innsbruck (Entfernungen siehe Tabelle 14) aufgrund des dort unter anderem umfangreicheren Wohnangebotes.

In der Forschungsarbeit von Ungewitter (Ungewitter et al. 2010, S.33-38) wurden für den Bereich stationäre Wohneinrichtungen folgende Fallzahlen pro Stichtag pro 100000 Einwohner angegeben: Günzburg 184,07/ Leipzig 115,11/ Regensburg 59,32/ Eisenhüttenstadt 109,13. Der Erklärungsversuch für die unterschiedlichen Fallzahlen im Bereich des statio-

nären Wohnens zwischen Bezirk Reutte und südlichem Oberallgäu durch den Deinstitutionalsierungsprozess hat auch in den vier Versorgungsregionen der Forschungsarbeit von Ungewitter Gültigkeit. Andererseits könnte eine umfangreichere Angebotsleistung durch ambulant Betreutes Wohnen im südlichen Oberallgäu die Erklärung für die niedrigeren Fallzahlen im Bereich des stationären Wohnens sein, im Vergleich zu den Ergebnissen von Ungewitter. Da in der Forschungsarbeit von Ungewitter (Ungewitter et al. 2010) die Fallzahlen für ambulant Betreutes Wohnen nicht ersichtlich sind, kann hierüber nur spekuliert werden.

4.7.2 Tagesbetreuung und strukturierte Aktivität

Laut ESMS werden in dieser Kategorie akute und nicht-akute Einrichtungen zur Tagesbetreuung und strukturierten Aktivität erfasst. Im Bezirk Reutte existiert keine akute Einrichtung dieser Kategorie. Deshalb wurden die Tagesklinken des Zentralraumes in die Erfassung einbezogen.

Im Bezirk selbst wird vor allem durch den Sozialpsychiatrischen Dienst diese Versorgungsstruktur eines nicht-akuten Angebotes vorgehalten. Die Lebenshilfe Reutte bietet dieses Hilfeangebot zwar auch in einzelnen Fällen für Menschen mit psychischen Erkrankungen an, dieses Angebot besteht jedoch primär für Menschen mit einer geistigen Behinderung.

Akute Angebote in dieser Kategorie für die Region des südlichen Oberallgäus gibt es durch das Bezirkskrankenhaus Kempten. Nicht-akute Angebotsstrukturen in diesem Bereich werden durch den Sozialpsychiatrischen Dienst in Immenstadt sowie die Werkstätten der Lebenshilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Kempten vorgehalten.

Hinsichtlich der ESMS-Zahlen ergibt sich im Bereich Tagesbetreuung und strukturierte Aktivität kein wesentlicher Unterschied der durchschnittlichen Klientenzahlen pro Monat zwischen den untersuchten Regionen (gesamt 118,38/ 126,40: südliches OA/ Reutte). Bei näherer Betrachtung fällt jedoch auf, dass die im südlichen Oberallgäu angebotenen Formen der Tagesbetreuung und strukturierten Aktivität mit einer höheren Intensität angeboten werden. Im südlichen Oberallgäu werden arbeitsähnliche Beschäftigungsmaßnahmen angeboten. Im Gegensatz hierzu gibt es in Reutte nur das Angebot strukturierter Tätigkeiten. Im Sinne einer adäquaten beruflichen Rehabilitation wünschen sich die Experten für

beide Regionen, jedoch insbesondere für den Bezirk Reutte (aufgrund der schwierigen geographischen Konstellation), Einrichtungen, bei denen die Klienten Tätigkeiten ausführen, die denjenigen auf dem ersten Arbeitsmarkt sehr ähneln. Optimalerweise wäre sogar eine spezialisierte Einrichtung im Sinne von Berufstraining und Berufsvorbereitung sinnvoll.

Aufgrund der unterschiedlichen Berechnungszeiträume bei der Erhebung der ESMS-Daten des Forschungsprojektes von Ungewitter (Fallzahlen variieren zwischen Tages,-Wochen- und Monatsangaben je nach Einrichtungstyp) sowie unterschiedlicher Aufgliederung der Einrichtungstypen lassen sich die Fallzahlen nicht zuverlässig in dieser Kategorie vergleichen (Ungewitter et al. 2010, S.31-33).

4.7.3 Ambulante und kommunale Dienste

Zu diesen Einrichtungen gehören beispielsweise Suchtberatungsstellen, Sozialpsychiatrische Dienste und Psychiatrische Institutsambulanzen sowie ambulant Betreutes Wohnen. Anhand der durch das ESMS erhobenen Daten in dieser Kategorie erfolgt auch eine Differenzierung nach dem Umfang und der Intensität des Behandlungsangebotes.

Augenscheinlich besteht nach den erhobenen ESMS-Daten eine deutlich höhere Anzahl an angebotenen Leistungen und Einrichtungen im südlichen Oberallgäu im Vergleich zum Bezirk Reutte. Konsekutiv ist auch die Anzahl an betreuten Klienten im südlichen Oberallgäu um ein Vielfaches höher im Vergleich zu den Fallzahlen im Bezirk Reutte pro Quartal pro 100000 Einwohner (1319,53/ 502,44: südliches Oberallgäu/ Reutte). Erwähnenswert ist auch die Tatsache, dass im südlichen Oberallgäu viel mehr Angebote zu finden sind mit Fokus auf der Notfallversorgung sowohl als aufsuchende Hilfe als auch als ortsfeste Einrichtung. Auch hinsichtlich der ortsfest angebotenen aber auch aufsuchenden Dauerbetreuung sind die Zahlen der betreuten Klienten pro Quartal im südlichen Oberallgäu deutlich höher. Wie bereits in der Kategorie der akuten stationären Einrichtungen durch die erhobenen ESMS-Daten deutlich wurde, ist das umfangreiche Angebot an ambulanten Leistungen (insbesondere durch die Notfallversorgung im südlichen Oberallgäu) eine wahrscheinliche Erklärung für die im südlichen Oberallgäu niedrigeren akut-stationären Fallzahlen. Dies trägt vor allem dem Prinzip der Subsidiarität Rechnung.

In der Forschungsarbeit von Ungewitter (Ungewitter et al. 2010, S.33-36) wurden folgende Fälle pro Quartal pro 100000 Einwohner beschrieben: Günzburg 1000,07/ Leipzig

1151,07/ Regensburg 903,07/ Eisenhüttenstadt 735,05. In diesem Versorgungsbereich zeichnet sich das südliche Oberallgäu im Vergleich zu den im genannten Forschungsprojekt von Ungewitter beschriebenen vier Regionen durch ein gut ausgebautes ambulantes Versorgungsangebot aus. Im Bezirk Reutte dagegen besteht auch aufgrund der dokumentierten Fallzahlen Handlungsbedarf.

4.7.4 Selbsthilfe, Angehörige und Betroffene

Die Kategorie der Selbsthilfegruppen wurde von der Verfasserin dieser Arbeit zusätzlich erhoben. Sie ist ursprünglich im ESMS nicht vorgesehen.

In Bezug auf die Selbsthilfeaktivitäten für Angehörige und Betroffene sind sicherlich bei weitem nicht alle Selbsthilfeaktivitäten im südlichen Oberallgäu im Rahmen dieser Erhebung erfasst worden. Deshalb können die erfassten Kontakte pro Quartal im südlichen Oberallgäu in dieser Kategorie nur exemplarisch dargestellt und interpretiert werden. Im Bezirk Reutte haben sich auch nach Meinung der Experten engagierte Selbsthilfegruppen etabliert. Gerade vor dem Hintergrund der in der vorigen Kategorie aufgeführten defizitären Situation bei den Fallzahlen im Kontext der ambulanten und kommunalen Betreuung ist eine Unterstützung insbesondere der Selbsthilfegruppen für Angehörige aber auch Betroffene gerade im Bezirk Reutte zu befürworten.

4.7.5 Krisenintervention

Im Rahmen der Datenerhebung mittels ESMS wurde auch versucht die Fallzahlen an Krisensituationen und Zwangseinweisungen in den jeweiligen Einrichtungen zu erfassen. Leider war vielen Einrichtungen die Beantwortung dieser Frage nicht möglich. Die mangelnde Dokumentation an Krisensituationen in den Einrichtungen könnte ein Grund hierfür gewesen sein. Andererseits kann man postulieren, dass eine psychische Krise und Notfallsituation, je nach beruflichem Blickwinkel und persönlichen Erfahrungen, unterschiedlich definiert wird. Der Rücklauf an Informationen der erhobenen Einrichtungen, der wie erwähnt unvollständig war, lässt in dem Kontext der Krisenfälle nur exemplarische jedoch nicht repräsentative Interpretationen zu. Daraus kann man aber trotzdem die Empfehlung ablei-

ten, dass eine adäquate und kontinuierliche Aus-und Fortbildung beziehungsweise Schulung der Mitarbeiter dieser Einrichtungen im Umgang mit psychischen Krisen-und Notfallsituationen erforderlich ist.

Im Rahmen der Datenerhebung mittels ESMS wurde der Fokus auf die Erwachsenenpsychiatrie gerichtet. Da die kinder-und jugendpsychiatrische sowie auch gerontopsychiatrische und psychosoziale Versorgung in den beiden untersuchten ländlich strukturierten Regionen derzeit nur eine Randerscheinung darstellt und infolgedessen ein erheblicher Handlungsbedarf besteht, wäre das Aufgreifen dieser Thematik in einer gesonderten Forschungsarbeit zu befürworten.

4.8 Schlussfolgerungen

4.8.1 Schlussfolgerung aus den mittels ESMS erhobenen Daten hinsichtlich der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung in beiden untersuchten Regionen

Die Bestandsaufnahme macht deutlich ersichtlich, dass im Bezirk Reutte zurzeit kein ausreichendes psychiatrisches und psychosoziales Versorgungsangebot rund um die Uhr besteht. Dies spiegelt sich in den höheren akut-stationären Fallzahlen an Klienten mit psychiatrischen Diagnosen im Bezirk Reutte im Vergleich zum südlichen Oberallgäu wider. Wünschenswert wäre in diesem Kontext der Aufbau von ambulanten Kriseninterventionseinrichtungen beziehungsweise Kriseninterventionsangeboten mit fachpsychiatrischer Kompetenz, optimalerweise rund um die Uhr, insbesondere im Bezirk Reutte.

Im Bereich der Versorgung durch die nicht-akuten Krankenhäuser und Einrichtungen zeigt sich eine deutlich höhere Fallzahl im südlichen Oberallgäu. Dies resultiert aus der ungleich höheren Anzahl an psychosomatischen Rehabilitationskliniken im südlichen Oberallgäu. Das daraus resultierende Ungleichgewicht an Krankenhausbetten in den Fächern Psychiatrie und Psychosomatik erklärt sich vor allem durch die in Bayern anzutreffende separate Bedarfsplanung. Wünschenswert wäre eine gemeinsame Bedarfs-und Versorgungsplanung in diesem Bereich.

In Einrichtungen wie Wohnheimen und Pflegeheimen sind im südlichen Oberallgäu ebenfalls deutlich höhere Klientenzahlen im Vergleich zu registrieren. Die Ursache hierfür ist am ehesten in der höheren Zahl an Langzeitwohnheimen im südlichen Oberallgäu in Folge

des Deinstitutionalisierungsprozesses zu sehen. Im Sinne der Gemeindepsychiatrie wären kleinere, den individuellen Bedürfnissen der Klienten anzupassende, lebensraumnahe bei Bedarf rund um die Uhr betreute Wohneinheiten sinnvoller. Der Bedarf an solchen Wohneinrichtungen besteht im Bezirk Reutte ebenfalls.

In der Kategorie Tagesbetreuung und strukturierte Aktivität imponiert primär in Bezug auf die Klientenzahlen zwischen den untersuchten Regionen kein wesentlicher Unterschied. Bei näherer Betrachtung wird jedoch ersichtlich, dass die im südlichen Oberallgäu angebotenen Tätigkeiten und Beschäftigungen höherschwelliger sind und somit denjenigen auf dem ersten Arbeitsmarkt ähnlicher sind. Daraus resultiert die Empfehlung für eine Intensivierung der beruflichen Rehabilitation, insbesondere in Form von Berufstrainings-und Berufsvorbereitungsmaßnahmen im Bezirk Reutte.

Im Sektor ambulante und kommunale Dienste zeichnet sich ebenfalls ein deutlicher Unterschied zwischen den untersuchten Regionen ab. Im südlichen Oberallgäu zeigt sich eine deutlich höhere Anzahl sowohl an Einrichtungen als auch an betreuten Klienten. Eine Aufstockung sowohl der personellen als auch der zeitlichen Ressourcen in der Suchtberatung, eine Ausweitung des ambulant Betreuten Wohnens sowie eine weitestmögliche Behebung der derzeit bestehenden eklatanten Defizite, insbesondere hinsichtlich der ortsfesten und auch mobilen Notfallversorgung im Bezirk Reutte wäre auch im Sinne des Prinzips der Subsidiarität anzustreben.

Unzweifelhaft wichtig sind die Selbsthilfegruppen für Angehörige und Betroffene, die in beiden Regionen engagiert tätig sind. Eine weitere Unterstützung der Selbsthilfeaktivitäten ist, insbesondere im Bezirk Reutte, in Ermangelung an umfangreichen ambulanten und kommunalen psychosozialen Versorgungsangeboten zu wünschen.

4.8.2 Schlussfolgerung im Kontext der Krisenprävention und Krisenversorgung in den beiden untersuchten Regionen Bezirk Reutte und südliches Oberallgäu

Die Krisenversorgung gehört zu einer der wichtigsten Säulen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung in beiden Regionen. Ziel einer Krisenintervention ist es, nach Möglichkeit psychische Krisensituationen im ambulanten Bereich aufzufangen und somit stationäre Aufnahmen im Sinne der Subsidiarität gegebenenfalls zu vermeiden.

In beiden Regionen herrschen jedoch nach Ansicht der interviewten Experten nahezu ähnlich ausgeprägte Defizite.

Die zentrale Forderung und zugleich Wunschvorstellung nahezu aller Experten ist eine 24-Stunden-Erreichbarkeit eines multiprofessionell besetzten Krisendienstes insbesondere mit psychiatrischer Notfallkompetenz.

Aufgrund mangelnder personeller und finanzieller Ressourcen lässt sich diese Forderung in beiden Regionen derzeit nicht umsetzen.

Sinnvoller zur Optimierung der psychiatrischen Versorgung ist eine Verbesserung der Kooperation aller beteiligter Akteure und aller regionaler in die Krisenversorgung involvierter Einrichtungen und Institutionen als allein die Installierung zusätzlicher Dienste (Ungewitter et al. 2013).

Der hausärztliche Bereitschaftsdienst, die regionalen Krankenhäuser, der notärztliche Dienst und die Polizei fungieren in beiden Regionen als Erstanlaufstelle außerhalb der Öffnungszeiten der ambulanten psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen. In den genannten Institutionen besteht in der Regel keine spezifische psychiatrische Notfallkompetenz.

Eine psychiatrische fachspezifische Krisenversorgung rund um die Uhr existiert derzeit im Bezirk Reutte nicht. Die psychiatrische Abteilung der Universitätsklinik Innsbruck und das Landeskrankenhaus Hall sind für die psychiatrische Krisenversorgung des Bezirkes zuständig.

Aufgrund der ungünstigen geographischen und vor allem in den Wintermonaten bestehenden teilweise problematischen Witterungsbedingungen (Fernpass, Höhe 1212 m) und der für viele Klienten unzumutbaren Entfernung (zirka 100 km) bis zu den obengenannten stationären Einrichtungen ist die Forderung der Experten nach einer wohnortnahen und regionalen stationären psychiatrischen Fachkompetenz berechtigt.

Die psychiatrische Krisenversorgung rund um die Uhr erfolgt im südlichen Oberallgäu durch das Bezirkskrankenhaus und die Psychiatrische Institutsambulanz in Kempten.

Während der Öffnungszeiten wird durch den Sozialpsychiatrischen Dienst die Krisenversorgung auch mittels aufsuchender Hilfe im südlichen Oberallgäu wahrgenommen.

Zu empfehlen ist außerdem im Sinne einer Optimierung der Krisenversorgung, dass sich entgegen der jetzigen Gepflogenheit auch die psychologischen Psychotherapeuten an der psychiatrischen Krisen-und Notfallversorgung beteiligen. Dies ist für beide Regionen wünschenswert.

Im Sinne einer Optimierung der ambulanten psychiatrischen Versorgung ist auch eine Erhöhung der Zahl niedergelassener Fachärzte für Psychiatrie im südlichen Oberallgäu anzudenken, insbesondere vor dem Hintergrund der unzumutbar langen Wartezeiten auch auf einen akuten Termin in Krisensituationen.

Für eine adäquate psychiatrische regionale Krisenversorgung sind für beide Regionen folgende Voraussetzungen erforderlich (Verband der bayerischen Bezirke 2012):

- Abstimmung und Organisation aller Akteure, die in der Krisenversorgung involviert sind. Hierzu sollte es verbindliche Vernetzungen zwischen den beteiligten Einrichtungen geben (Case Manager).

- Die Zusammenarbeit zwischen den stationären Einrichtungen und den nachversorgenden ambulanten Institutionen sollte optimiert werden, insbesondere mit Fokus auf das Entlassungsmanagement.

- Definierte Fort-und Weiterbildungskonzepte sollten für die Mitarbeiter der Krisenversorgungseinrichtungen, die keine fachpsychiatrische Kompetenz aufweisen, in regelmäßigen Abständen angeboten werden.

Im Sinne einer Entstigmatisierung sowie Enttabuisierung von psychischen Erkrankungen sollte die psychische Notfallversorgung mit der bereits etablierten somatischen Notfallversorgung gleichgestellt werden.

In Bezug auf die Krisenprävention bestehen nach Meinung der Experten in beiden Regionen nahezu identische Empfehlungen und Zielvorstellungen.

Im Bereich der primären Prävention sollen den Familien tools zur Erhaltung der psychischen Gesundheit, insbesondere von Kindern, vermittelt werden. Auch in Kindergärten und Schulen sind regelmäßige Informationsveranstaltungen über psychische Gesundheit und den Umgang mit psychischen Erkrankungen im Lehrplan aufzunehmen und zugleich sollten die Pädagogen über psychische Erkrankungen sowie den Umgang mit psychisch kranken Schülern, insbesondere auch in Krisensituationen geschult werden. Des Weiteren

ist eine Stärkung der hausärztlichen Kompetenz zur Früherkennung psychischer Störungen bereits bei Kindern erforderlich. Öffentlichkeitsarbeit in Form von Informationsveranstaltungen und Aufklärung der Bevölkerung über Merkmale, Ursachen und Therapiemöglichkeiten psychischer Erkrankungen tragen zur Entstigmatisierung bei. Im Kontext der sekundären Prävention gilt es, die Symptome beziehungsweise Anzeichen einer bereits manifesten psychischen Erkrankung sowohl in der familiären als auch auf der beruflichen Ebene sowie im allgemeinen Gesundheitssystem zu erkennen. Eine frühzeitige Zuweisung der Klienten an fachspezifische Einrichtungen dient der Prävention. Im Rahmen der sekundären Prävention sind neben medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlungen die Stärkung der Selbsthilfeeinrichtungen und der Angehörigenverbände anzustreben. Im Sinne der tertiären Prävention konzentrieren sich die Bemühungen der betroffenen Klienten, Angehörigen und professionellen Helfer in Form eines Trialoges auf die Rückfallprophylaxe (Bayerisches Staatsministerium 2007, S.35-39). Der Ausbau und die Diversität des Angebotes der beruflichen Rehabilitation sollte insbesondere im Bezirk Reutte erweitert werden.

4.8.3 Schlussfolgerung im Kontext der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung in beiden untersuchten Regionen Bezirk Reutte und südliches Oberallgäu

Sowohl der im Jahre 1993 für Tirol konzipierte Reformplan (Meise et al. 1993) für die psychiatrische Versorgung als auch die „Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern“ von 2007 (Bayerisches Staatsministerium 2007) hatten als zentrale Aufgabe den Aufbau einer regionalisierten, bedarfsgerechten und modernen psychiatrischen Versorgungsstruktur mit stationären, ambulanten und komplementären Leistungsangeboten.

Die beiden psychiatrischen Reformpläne erfassten und prägten die Entwicklungen in ihren jeweiligen territorialen Wirkungsbereichen, also im Bezirk Reutte auf dem Tiroler sowie im südlichen Oberallgäu auf bayerischem Boden.

Richtet man den Fokus auf die Region des südlichen Oberallgäus, erkennt man insgesamt eine positive Entwicklung in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsstruktur. Jedoch besteht durchaus in manchen Versorgungsbereichen noch Handlungs-und Optimie-

rungsbedarf. Im Bezirk Reutte erleben die Angehörigen und betroffenen Klienten die psychiatrische und psychosoziale Versorgung derzeit als dürftig.

Die stationäre psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung im südlichen Oberallgäu erfolgt durch das Bezirkskrankenhaus in Kempten als modernes Akutkrankenhaus für Psychiatrie. Die Anzahl der Langzeitpatienten konnte durch den Ausbau gemeindenaher Versorgungseinrichtungen reduziert werden. Im Bezirk Reutte existiert keine stationär-psychiatrische Fachkompetenz. Das weit entfernte Landeskrankenhaus in Hall, zuständig für die stationäre Behandlung psychisch erkrankter Menschen aus dem Bezirk Reutte, erfährt vor allem durch die geographisch exponierte Lage des Bezirkes keine große Akzeptanz in der Bevölkerung. Betroffene stationäre Patienten werden zurzeit im Krankenhaus Reutte durch einen konsiliarischen psychiatrischen Dienst betreut. Positiv anzumerken ist jedoch die Einrichtung eines zusätzlichen konsiliarischen psychiatrischen Liaisondienstes im Allgemeinen öffentlichen Krankenhauses im Bezirk.

Die Allgemeinkrankenhäuser in beiden untersuchten Regionen, insbesondere im Bezirk Reutte, spielen eine wichtige Rolle bei der wohnortnahen stationären Versorgung psychisch kranker Menschen. Jedoch durch die dort außerhalb der Sprechzeiten der niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie fehlende psychiatrische Fachkompetenz fokussiert sich die Behandlung solcher Patienten primär auf die somatischen Symptome. Konsekutiv bleibt eine zuweilen vorhandene psychische Komorbidität unerkannt und unversorgt, wenn nicht die Indikation zur psychiatrischen Vorstellung gestellt wird.

Insgesamt steht ein differenziertes Angebot an ambulanten Versorgungsstrukturen in Form der niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie, der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sowie des hausärztlichen Dienstes mit mehr oder weniger psychiatrischer beziehungsweise psychotherapeutischer Fachkompetenz in beiden Regionen zur Verfügung.

Trotz des großen Engagements in der ambulanten Betreuung psychisch erkrankter Menschen stoßen die aufgeführten Berufsgruppen an ihre Kapazitätsgrenzen. Besonders bei den niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie ist eine Versorgungsoptimierung durch weitere Fachärzte mit Kassenzulassung wünschenswert. Insbesondere im südlichen Oberallgäu erheben sich jedoch kritische Stimmen in Bezug auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung. Durch die Leistungsübernahme der psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten durch die kassenärztliche Vereinigung resultiert ein Ungleichge-

wicht bei der Behandlung psychisch kranker Menschen. Die Psychotherapeuten betreuen überwiegend Klienten mit eher leichten und mittelschweren psychischen Erkrankungen. Die in der Regel intensive und engmaschige Behandlung von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen bleibt vor allem den Psychiatern überlassen (Melchinger 2008a).

Die Psychiatrische Institutsambulanz, wenn auch primär nicht im südlichen Oberallgäu geographisch betrachtet installiert, bietet selbstverständlich auch für die Bevölkerung der untersuchten Region ein unverzichtbares ambulantes Angebot, das insbesondere der Forderung ambulant vor stationär dient (Brückner 2012). Durch den Zugriff auf das multiprofessionelle Team des Bezirkskrankenhauses ist in der Psychiatrischen Institutsambulanz die außerstationäre Behandlung auch psychisch schwer erkrankter Menschen möglich.

Im Bereich der kinder-und jugendpsychiatrischen sowie kinder-und jugendpsychotherapeutischen Versorgung besteht zurzeit in beiden untersuchten Regionen ein eklatanter Mangel. In diesem Bereich ist der Unterschied in der Angebotsdichte zwischen Ballungszentren und ländlichen Regionen deutlich erkennbar.

Die komplementären Angebote tragen neben der ambulanten Versorgung zur außerstationären Betreuung chronisch psychisch erkrankter Menschen bei. Sowohl im Bezirk Reutte als auch im südlichen Oberallgäu stellt der Sozialpsychiatrische Dienst die tragende Säule dieser Angebote dar und repräsentiert ein selbständiges Versorgungsangebot. Im südlichen Oberallgäu sind die Angebote derzeit gut differenziert und ausreichend. Im Bezirk Reutte besteht aktuell in diesem Bereich ein deutlicher Optimierungsbedarf.

Insbesondere der sozialpsychiatrische Bereich ambulant Betreutes Wohnen sowie die berufliche Rehabilitation für psychisch kranke Menschen sind im Bezirk Reutte sehr rudimentär ausgestaltet. Für den Bereich Tagesstrukturierung wird eine Zunahme des Ressourcenbedarfes zukünftig prognostiziert.

Das Angebot an psychosomatischen Rehabilitationskliniken ist im südlichen Oberallgäu, aber auch im gesamten Bundesdeutschen Gebiet als ausreichend einzustufen (Becker et al. 2008, S.97-98). Manche Experten sprechen sogar von einer Überversorgung. Diesen Einrichtungen haftet zudem auch das Stigma an sich vor allem den Klienten mit leichten und mittelschweren psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungsbildern anzunehmen. Im Bezirk Reutte sind solche Angebote leider nicht vorhanden. Eine psychosomatisch-rehabilitative Behandlung der Patienten ist nur in außerbezirklichen Institutionen möglich.

Durch die demographische Entwicklung und die Überalterung der Bevölkerung nimmt auch die Zahl der Menschen mit psychischen Alterserkrankungen deutlich zu. Der Bereich der Gerontopsychiatrie ist jedoch derzeit im Bezirk Reutte noch nicht schwerpunktmäßig aufgegriffen worden. Im südlichen Oberallgäu steht eine entsprechende Abteilung des Bezirkskrankenhauses in Kempten zur Verfügung.

Im psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystem beider untersuchter Regionen soll sich in der Zukunft eine Umorientierung von einem institutionsorientierten zu einem personenzentrierten System vollziehen. Zu diesem Zweck sollten komplexe am individuellen Bedarf orientierte Hilfeangebote entwickelt werden. In diesem Zusammenhang wäre auch das Assertive Community Treatment zu erwähnen, das auf einen gemeinde-und teambasierten multidisziplinären Behandlungsansatz zur langfristigen Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Störungen abzielt (Becker et al. 2008, S.125-126; Dixon 2000; Bundesministerium für Gesundheit 2013; Test und Stein 1980; Lambert et al. 2010).

Diese Entwicklung steht auch im Einklang mit der europäischen Erklärung zur psychischen Gesundheit, die den Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit 2005 beschlossen hat (Europäische Ministerielle WHO-Konferenz 2005, S.97-100; Stieg und Gföller 2005, S.19).

5 Zusammenfassung

Zielsetzung der vorliegenden Arbeit ist es, einerseits den Ist-Zustand der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung mit besonderem Fokus auf die Krisenprävention und Krisenhilfe im Bezirk Reutte auf der Tiroler sowie im südlichen Oberallgäu auf der bayerischen Seite darzustellen. Andererseits soll der Optimierungsbedarf eruiert sowie die Optimierungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Insgesamt bietet diese Arbeit einen Vergleich versorgungsrelevanter Einrichtungen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung zweier benachbarter europäischer Grenzregionen.

Im ersten Teil der Arbeit erfolgte, möglichst vollständig, unter Zuhilfenahme des ESMS (European Service Mapping Schedule)-Manuals die Bestandsaufnahme der gegenwärtigen Fallzahlen der psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen in den beiden untersuchten Regionen. Das ESMS stellt ein Standardinstrument dar, mit dessen Hilfe die psychiatrische Versorgung innerhalb Europas, aber auch international erfasst und verglichen werden kann.

Im zweiten Abschnitt wurden insgesamt 30 Experten sowohl für das südliche Oberallgäu als auch für den Bezirk Reutte mittels leitfadengestützten Interviews befragt. Ausgehend von den aktuellen Defiziten wurden optimierungsbedürftige und optimierungsfähige Bereiche der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung sowie der Krisenhilfe eruiert. Die vollständig transkribierten Interviews wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Insgesamt zeigt sich, dass trotz der historisch unterschiedlich geprägten Versorgungssysteme beider Länder sowie unterschiedlichen gesetzlichen Bestimmungen und Finanzierungsstrukturen, dennoch grundlegend gemeinsame Herausforderungen und Anforderungen an die Betreuung psychisch kranker Menschen existieren. Durch die Datenerhebung erkennt man, dass sich, auf die Region des südlichen Oberallgäus fokussiert, eine insgesamt positive Entwicklung in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsstruktur abzeichnet. Im Bezirk Reutte erleben die Angehörigen und betroffenen Klienten diese Versorgungsstruktur derzeit als dürftig. Die allgemeinen Krankenhäuser in beiden untersuchten Regionen, insbesondere im Bezirk Reutte, spielen eine wichtige Rolle bei der wohnortnahen stationären Versorgung psychisch kranker Menschen.

Die komplementären Angebote tragen neben der ambulanten Versorgung zur außerstationären Betreuung chronisch psychisch kranker Menschen bei. In beiden Regionen stellt der Sozialpsychiatrische Dienst die tragende Säule dar. Im südlichen Oberallgäu sind die Angebote derzeit gut differenziert und ausreichend. Im Bezirk Reutte besteht aktuell in diesem Bereich ein deutlicher Optimierungsbedarf. Insbesondere der sozialpsychiatrische Bereich ambulant Betreutes Wohnen und berufliche Rehabilitation psychisch kranker Menschen ist im Bezirk Reutte sehr rudimentär ausgestaltet. Hierbei ist eine Aufstockung sowohl der personellen als auch der zeitlichen Ressourcen zur Behebung der Defizite dringend erforderlich. Erheblich defizitär ist ebenso das Angebot an psychosomatischen Rehabilitationskliniken im Vergleich zum südlichen Oberallgäu. Im Bereich der kinder-und jugendpsychiatrischen sowie kinder-und jugendpsychotherapeutischen Versorgung besteht zurzeit in beiden untersuchten Regionen ein eklatanter Mangel. In diesem Bereich ist der Unterschied in der Angebotsdichte zwischen Ballungszentren und ländlichen Regionen deutlich erkennbar.

Die Krisenintervention als psychiatrische Krisenhilfe sowie die Krisenprävention sind unabdingbare Komponenten der psychosozialen Versorgung in beiden untersuchten europäischen Regionen. Sowohl im Bezirk Reutte als auch im südlichen Oberallgäu herrschen nahezu ähnlich ausgeprägte Defizite. Durch die unterschiedlichen geographischen und soziodemographischen Gegebenheiten ergibt sich jedoch in beiden Regionen ein zum Teil differierender Bedarf an erforderlichen Einrichtungen und Diensten zur Krisenprävention und Krisenintervention. Durch die Unterstützung multiprofessioneller Teams könnten auch in Krisensituationen mehr psychisch kranke Menschen im ambulanten Kontext geführt und betreut werden. Oberste Zielsetzung der Versorgung in psychischen Krisensituationen ist es, psychisch kranke Menschen wohnortnah zu versorgen. Eine bessere Koordination und Kooperation der Einrichtungen kann, gerade unter dem Aspekt der wenig umfangreichen Angebote, helfen die Betreuung durch die bestehenden Einrichtungen zu synchronisieren und optimieren. Im psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystem beider untersuchten Regionen soll sich in Zukunft eine Umorientierung von einem institutionsorientierten zu einem personenzentrierten System vollziehen. In diesem Zusammenhang wäre auch das Assertive Community Treatment zu erwähnen, das auf einem gemeindenahen und teambasierten multidisziplinären Behandlungsansatz zur langfristigen Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Störungen abzielt.

6 Literaturverzeichnis

1. Abteilung Soziales, Amt der Tiroler Landesregierung: Aufstockung der Tagesstrukturplätze im Bezirk Reutte (2012 persönliche Mitteilung).

2. Albers M: ÖGDG und PsychKG als Arbeitsgrundlage der Sozialpsychiatrischen Dienste in Deutschland. Das Gesundheitswesen 73: 761-766 (2011).

3. Amt der Tiroler Landesregierung, Sachgebiet Landesstatistik und tiris, Landesstatistik Tirol Innsbruck: Soziodemographische Daten Tirol 2011 (2012).

4. AOK Bayern: Verzeichnis der zugelassenen Psychotherapeuten im Oberallgäu, Stand Dezember 2010 (2010 persönliche Mitteilung).

5. Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung: Soziodemographische Daten 2011 (2012).

6. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg): Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern. München, S.35-75 (2007).

7. Becker T, Hoffmann H, Puschner B, Weinmann S: Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. In: Gaebel W, Müller-Spahn F (Hrsg) Konzepte und Methoden der klinischen Psychiatrie, 1. Auflage, Kohlhammer Stuttgart, S.32-131 (2008).

8. Böcker FM, Jeschke F, Brieger P: Psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt: Einrichtungen und Dienste im Überblick, Eine Erhebung mit dem „European Services Mapping Schedule“ ESMS. Psychiatrische Praxis 28: 393-401(2001).

9. Borrmann-Hassenbach M, Küthmann A, Pallasch B, Wenk-Wolff C, Wienert N, Wolfersdorf M: Positionspapier der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatischen Vollversorgungskliniken und Abteilungen zur fachlichen und ver-

sorgungsprogrammatischen Versorgungsentwicklung der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Bayern. Verband der bayerischen Bezirke, S.3-11 (2008).

10. Bramesfeld A, Ungewitter C, Böttger D, El Jurdi J, Losert C, Kilian R: What promotes and inhibits cooperation in mental health care across disciplines, services and service sectors? A qualitative study. Epidemiology and Psychiatric Sciences 21: 63-72 (2012).

11. Brieger P, Kling Lourenco P, Steinert T, Längle G, Lemke U, Herpetz SC, Croissant D, Becker T, Kilian R: Psychiatrische Unterbringungspraxis, Ein Vergleich von fünf Kliniken in drei Bundesländern (Der Nervenarzt: DOI 10.1007/s00115-013-3865-x, epub ahead of print).

12. Brieger P, Wetzig F, Böcker FM: Institutions and services of psychiatric care in Saxony-Anhalt: assessment with the European Services Mapping schedule. European Psychiatry 18: 145-147 (2003).

13. Brückner B: Zur Ambivalenz zwischen Sozial-und Gemeindepsychiatrie. Sozialpsychiatrische Informationen, Psychiatrie Verlag, Köln, 42.Jahrgang, 04/2012, S.11-12 (2012).

14. Bundesagentur für Arbeit Deutschland: Arbeitslosenquote Juli 2011 (2011).

15. Bundesministerium für Gesundheit Österreich (Hrsg): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision-BMG-Version 2013, Systematisches Verzeichnis ICD-10 BMG 2013. Wien (2012).

16. Bundesministerium für Gesundheit Österreich (Hrsg): Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit. Empfehlungen des Beirates für psychische Gesundheit des Bundesministeriums (BMG) Wien, 2.Auflage (2013).

17. Czamler M, Voglmayr N: Hilfe für die Seele seit 14 Jahren, Psychosozialer Notdienst PND Oberösterreich, ein Fallbericht aus der Praxis. Zeitschrift des österrei-

chischen Dachverbandes der Vereine und Gesellschaften für psychische und soziale Gesundheit pro mente austria (Hrsg), 01/2013, S.14-16 (2013).

18. Czamler M: Krisenintervention- Hilfe bei Not und Krisen in Österreich. Zeitschrift des österreichischen Dachverbandes der Vereine und Gesellschaften für psychische und soziale Gesundheit pro mente austria (Hrsg), 01/2012, S.3-5 (2012).

19. Danzer D, Hagleitner J, Lehner M: Statistische Informationen zur Vollziehung des Unterbringungsgesetzes Teil 6: 2003-2005. Gesundheit Österreich GMBH, Geschäftsbereich ÖBIG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien, S.17-22 (2006).

20. Denk P, Hagleitner J, Weibold B (Hrsg): UbG aktuell Tagungsband 2009. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen ÖBIG, Wien (2010) http://www.goeg.at/cxdata/media/download/Tagungsband_UbG_aktuell.pdf (30.09.2013).

21. Deutscher Bundestag 7.Wahlperiode: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland- Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/ psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Deutscher Bundestag 7. Wahlperiode Drucksache 7/4200, Verlag Dr. Hans Heger Bonn, S.203-207 (1975).

22. Deutscher Bundestag 8.Wahlperiode: Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigen-Kommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland- Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/ psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung-unter Berücksichtigung der inzwischen eingetretenen Veränderungen-Drucksachen 7/4200, 7/4201-Deutscher Bundestag 8.Wahlperiode Drucksache 8/2565, Verlag Dr. Hans Heger Bonn, S.9-10 (1979).

23. Deutscher Bundestag, 11.Wahlperiode: Stellungnahme der Bundesregierung zu dem Bericht „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/ psychosomatischen Bereich“- auf der Grundlage des Modellprogrammes „Psychiatrie“ der Bundesregierung. Drucksache 11/8494, Verlag Dr. Hans Heger Bonn, S.7-9 (1990).

24. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit Deutschland, Berlin (Hrsg): Nationale Strategien zur Drogen-und Suchtpolitik. Publikationsversand der Bundesregierung, Rostock, S.18-19 (2012).

25. Dixon L: Assertive Community Treatment: Twenty-Five Years of Gold. Psychiatric Service 51: 759-765 (2000).

26. Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit: Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit, Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen, Helsinki, S.97-100 (2005).

27. Falk Routenplaner: Entfernungen (2013).

28. Frajo-Apor B, Stippler M, Meise U: „Etwas Erniedrigenderes kann dir eigentlich in der Psychiatrie nicht passieren“ Auswertung von 14 Leitfadeninterviews mit psychiatrischen Patienten über ihre Erfahrungen mit mechanischer Fixierung. Psychiatrische Praxis 38: 1-7 (2011).

29. Gesellschaft für psychische Gesundheit pro mente Reutte: Mitarbeiterzahlen in Reutte (2012 persönliche Mitteilung).

30. Gesundheitsamt Reutte: Einweisungszahlen nach dem Unterbringungsgesetz in den Jahren 2010, 2011 und 2012 (2013 persönliche Mitteilung).

31. Gesundheitsplattform des Tiroler Gesundheitsfonds: RSG Tirol–ambulantes Modul, Beschlussdokument Sitzung der Gesundheitsplattform des Tiroler Gesundheitsfonds vom 10.Dezember 2012 (2012) http://www.tirol.gv.at/uploads/media/RSG_tirol_ambulantes_modul.pdf (30.09.2013).

32. Glover G: Adult mental health care in England. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 257: 71-82 (2007).

33. Haring C, Sonneck G, Gollner G, Kapusta N, Niederkrotenthaler T, Stein C, Watzka C, Wolf J: SUPRA Suizidprävention Austria, Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg), Wien, S.32-38 (2011).

34. Hinterhuber H: Eine gemeindenahe Versorgung braucht die Gemeinde, die sich sorgt. In: Meise U, Hafner F, Hinterhuber H (Hrsg) Gemeindepsychiatrie in Österreich, VIP Verlag Integrative Psychiatrie Innsbruck, S.1-8 (1998).

35. Johnson S, Kuhlmann R and the EPCAT group (European Psychiatric Care Assessment Team): The European Service Mapping Schedule (ESMS) Version3 (1997)
http://psychiatryonline.org/data/Journals/PSS/3843/pss_59_04_0421_02.pdf
(30.09.2013).

36. Johnson S, Kuhlmann R, EPCAT Group: European Assessment Team: The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum 405: 14-23 (2000).

37. Johnson S, Salvador-Carulla L, EPCAT group: Description and classification of mental health services: a European perspective. European Psychiatry 13: 333-341 (1998).

38. Kapusta N: Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich. Bericht, Wien, S.7-9 (2012)
http://www.suizidforschung.at/statistik_suizide_oesterreich.pdf (30.09.2013).

39. Kilian R, Holzinger A: Die Beurteilung des Modellprojektes „Integrierte Schizophreniebehandlung“ durch die beteiligten Ärztinnen und Ärzte, Ergebnisse einer leitfadenorientierten Expertenbefragung, Leipzig, S.9-12 (2000).

40. Kliniken Oberallgäu: Patientenzahlen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen 2011 (2012 persönliche Mitteilung).

41. Klinikum Kempten-Oberallgäu: Patientenzahlen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen 2011 (2012 persönliche Mitteilung).

42. Kreuzer M: Mehr Teilhabe- Wie trägt die Organisation von Steuerung dazu bei? Woher kommts? Eine historische Rekonstruktion, Fachtagung am 03./04.02.2009 im Tageszentrum Kloster Irsee (2009) http://www.bayern.awo.de/fileadmin/Content/Dokumente/Menschen%20mit%20Behinderung/01_fachtag-doku.pdf (30.09.2013).

43. Ladner E: Anteil psychiatrischer Diagnosen im Bezirkskrankenhaus Reutte (2011 persönliche Mitteilung).

44. Ladurner J, Sagerschnig S, Hagleitner J: Analyse Unterbringungsgesetz 2012, wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen ÖBIG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit Wien, S.3, 28-33 (2012).

45. Lambert M, Bock T, Schöttle D, Golks D, Meister K, Rietschel L, Bussopulos A, Freiling M, Schödlbauer M, Burton M, Huber CG, Ohm G, Pakrasi M, Chirazi-Stark MS, Naber D, Schimmelmann BG: Assertive community treatment as a part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first-and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). Journal of Clinical Psychiatry 71: 1313-1323 (2010).

46. Landesgeschäftsstelle des Arbeitsmarktservice AMS Tirol (Hrsg): Arbeitslosenzahlen 2011. Geschäftsbericht 2011 (2012) http://www.ams.at/_docs/ams-bericht2011.pdf (30.09.2013).

47. Landeskrankenhaus Hall: Patientenzahlen mit Einweisung nach UbG 2011 (2012 persönliche Mitteilung).

48. Landratsamt Oberallgäu: Fahrpläne für Busse und Bahnen im südlichen Oberallgäu (2012)

http://www.oberallgaeu.org/wirtschaft_verkehr/nahverkehr_schuelerbefoerderung/nahverkehr_schuelerbefoerderung/Fahrplaene_suedliches_Oberallgaeu.html (30.09.2013).

49. Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken, 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage, Beltz Weinheim Basel, S.7-122 (2010).

50. Meise U, Kurz M, Schett P, Schubert H, Hinterhuber H: Die psychiatrische Versorgung in Tirol. In: Meise U , Hafner F, Hinterhuber H (Hrsg) Die Versorgung psychisch Kranker in Österreich, Springer Wien New York, S.98-99 (1991).

51. Meise U, Rössler W, Günther V, Hinterhuber H: Bürgernahe Psychiatrie: Leitlinien für die Reform der psychiatrischen Versorgung in Tirol. VIP- Verlag Integrative Psychiatrie Innsbruck (1993).

52. Meise U, Stieg K: Die psychiatrische und psychosoziale Versorgung in Tirol. In: Österreichische Gesellschaft für gemeindenahe Psychiatrie (Hrsg) Gemeindenahe Psychiatrie 04/2008, S.163-176 (2008).

53. Meise U, Wancata J, Hinterhuber H: Psychiatrische Versorgung in Österreich: Rückblick-Entwicklungen-Ausblick. Neuropsychiatrie 22: 230-242 (2008).

54. Melchinger H: Ambulante psychiatrische Versorgung: Umsteuerungen dringend geboten. Deutsches Ärzteblatt 105: A 2457-2460 (2008a).

55. Melchinger H: Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung-Expertise. Das Gutachten wurde im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erstellt. Hannover, S.39-44 (2008b).

56. OpenStreetMap: Landkarten des Bezirkes Reutte, Zentralraum Innsbruck, südliches Oberallgäu (2014). © OpenStreetMap contributors www.openstreetmap.org/copyright (13.11.2014).

57. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzales F, Turner T, Wiersma D: Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. British Medical Journal 330: 123-126 (2005).

58. Regus M, Gries K: Psychiatrische Krisenhilfe und Unterbringungspraxis, Arbeitshilfe für die kommunale Gesundheitsberichterstattung mit umfangreichem Materialteil. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögd) NRW (Hrsg) Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen NRW, S.15-31 (2005).

59. Richter D, Berger K: Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. Psychiatrische Praxis 40: 176-178 (2013).

60. Salize HJ, Dressing H: Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. British Journal of Psychiatry 184: 163-168 (2004).

61. Schick G: Positionspapier zur integrierten psychiatrischen Versorgung im Bezirk Reutte (2011 persönliche Mitteilung).

62. Sozialpsychiatrisches Zentrum Immenstadt: Zahl der Planstellen 2011 (2011 persönliche Mitteilung).

63. Stieg K, Gföller I: Tiroler Gesundheitsplanung, Tiroler Psychiatriereform 1995-2005. Amt der Tiroler Landesregierung (Hrsg) Landeskanzleidirektion Innsbruck, S.1-21 (2005).

64. Test MA, Stein LI: Alternative to mental hospital treatment III. Social cost. Archives of General Psychiatry 37: 409-412 (1980).

65. Tiroler Krankenanstaltenplan 2009, LGBl. Nr.85/2009 in der Fassung LGBl. Nr.90/2011. Verordnung der Tiroler Landesregierung vom 20.Oktober 2009, mit der der Tiroler Krankenanstaltenplan 2009 erlassen wird.
www.ris.bka.gv.at/ (30.09.2013).

66. Tyrer P, Evans K, Gandhi N, Lamont A, Harrison-Read P, Johnson T: Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. British Medical Journal 316: 106-109 (1998).

67. Ungewitter C, Böttger D, Choucair B, El-Jurdi J, Gockel T, Hausner H, Kilian R, Kowalenko B, Losert C, Ludwig K, Steinkohl V, Hegerl U, Bramesfeld A: Bestandsaufname der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland: Inanspruchnahmemuster und Kooperation der Leistungserbringer, Abschlussbericht des Forschungsprojektes im Rahmen der Förderinitiative der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung Leipzig, S.18-47 (2010).

68. Ungewitter C, Böttger D, El-Jurdi J, Kilian R, Losert C, Ludwig K, Steinkohl V, Bramesfeld A: Struktur und Kooperation in der Versorgung psychisch Kranker. Der Nervenarzt 84: 307-314 (2013).

69. Universitätsklinik Innsbruck Department für Psychiatrie und Psychotherapie: Patientenzahlen mit Einweisung nach UbG 2011 (2012 persönliche Mitteilung).

70. Unterbringungsgesetz-UbG, BGBl.Nr.155/1990 in der Fassung BGBl.I Nr.18/2010. Bundesgesetz vom 1.März 1990 über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz-UbG)
www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2010_I_18/BGBLA_2010_I_18.pdf (30.09.2013).

71. Verband der Bayerischen Bezirke, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Geschäftsstelle: Stellungnahme des Verbandes der bayerischen Bezirke zur Anhörung des Ausschusses für Soziales, Familie und Arbeit und des Ausschusses für Umwelt und Gesundheit zur „Situation der ambulanten, teilstationären und stationären psy-

chiatrischen Versorgung im Freistaat Bayern“; Drucksache 16/4150 am 24. Februar 2011, München, S.11-13 (2011).

72. Verband der Bayerischen Bezirke, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Geschäftsstelle: Bayerisches Rahmenkonzept zur ambulanten Krisenversorgung, Beschluss des Hauptausschusses vom 18.Oktober 2012, München (2012).

73. Verein Suchtberatung Tirol (Hrsg): Jahresbericht 2012, Hall in Tirol, S.25 (2012).

74. Verkehrsverbund Tirol VVT: Fahrplanauskunft (2012) http://www.vvt.at/page.cfm?vpath=timetables/journeyplanner (30.09.2013)

75. Weig W: Frührehabilitation psychisch Kranker während der Akutbehandlung, Urteil des Bundessozialgerichtes stärkt sozialpsychiatrisches Handeln. Psychiatrische Praxis 32: 267-268 (2005).

76. Weiterbildungsverordnung orale Substitution, BGBl. II Nr.449/2006 in der Fassung BGBl. II Nr.179/2011. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Weiterbildung zum/ zur mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinreichend vertrauten Arzt/ Ärztin für den Bereich der oralen Substitutionsbehandlung von opioidabhängigen Suchtkranken www.ris.bka.gv.at/Bund/ (30.09.2013).

77. Welschehold M, Eiche S, Schleuning G: Regionale psychiatrische Krisenversorgung, Fachkonzept, Krisendienst Psychiatrie München und Kliniken des Bezirkes Oberbayern-Kommunalunternehmen München (Hrsg), S.5-18 (2013).

78. Wetzig F: Die psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt in den Jahren 1996 bis 1998. Med Dissertation, Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg, S.31-33 (2004). http://sundoc.bibliothek.uni-halle.de/diss-online/04/05H010/prom.pdf (30.09.2013)

Anhang

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis:

Tabelle 1: Einschlusskriterien der Patienten/ Klienten nach ICD 10-Diagnosen..... 21
Tabelle 2: Psychiatrische Einrichtungen mit Übernachtung (R) gemäß ESMS..... 24
Tabelle 3: Zusammenfassende Tabelle der psychiatrischen Einrichtungen mit Übernachtung (R) 25
Tabelle 4: Ambulante und kommunale Dienste (O) gemäß des ESMS 26
Tabelle 5: Zusammenfassung der ambulanten und kommunalen Dienste (O)..... 27
Tabelle 6: Tagesbetreuung und strukturierte Aktivität (D) gemäß ESMS 28
Tabelle 7: Zusammenfassung der Einrichtungen zur Tagesbetreuung und strukturierten Aktivität (D) 29
Tabelle 8: Selbsthilfe, Angehörige und Betroffene (S) 29
Tabelle 9: Zahl an Krisensituationen und Zwangseinweisungen pro Jahr in den einzelnen Einrichtungen im Bezirk Reutte und im südlichen Oberallgäu..... 30
Tabelle 10: Arten an Krisenangeboten in den ambulanten und kommunalen Einrichtungen (O)..... 32
Tabelle 11: Soziodemographische Daten Bezirk Reutte und südliches Oberallgäu 178
Tabelle 12: Entfernungen und Wegzeiten mit öffentlichen Verkehrsmitteln im südlichen Oberallgäu 179
Tabelle 13: Entfernungen und Wegzeiten mit öffentlichen Verkehrsmitteln aus dem Bezirk Reutte..... 180
Tabelle 14: Geographische Besonderheiten und ausgewählte Entfernungen..... 180

Abbildung 1: Auszug einer Landkarte des südlichen Oberallgäus..... 181
Abbildung 2: Auszug einer Landkarte des Bezirkes Reutte mit angrenzenden Regionen 182
Abbildung 3: Auszug einer Landkarte des Bezirkes Reutte einschließlich des Zentralraumes Innsbruck. 183

Datenerhebungsbogen……184

Tabelle 11: Soziodemographische Daten Bezirk Reutte und südliches Oberallgäu

Soziodemographische Daten Bezirk Reutte: (Amt der Tiroler Landesregierung Landesstatistik 2012, Landesgeschäftsstelle Arbeitsmarktservice Tirol 2011):

Bevölkerung Bezirk Reutte , Stand 31.12.2011 :

- Einwohnerzahl: 31738
- Ausländeranteil: 15,5%
- Bevölkerungsdichte: 25,7 EW/ km ²
- Fläche: 1235,67 km²
- Arbeitslosenquote: 5,5 %

Soziodemographische Daten südliches Oberallgäu: (Bayerisches Landesamt für Statistik 2012, Bundesagentur für Arbeit 2011)

Bevölkerung südliches Oberallgäu , 31.12.2011:

- Einwohnerzahl: 78007
- Ausländeranteil (südliches Oberallgäu): 7,2%
- Bevölkerungsdichte: 86,4 EW/ km²
- Fläche: 902,36 km²
- Arbeitslosenquote Oberallgäu insgesamt Juli 2011: 2,6%

Tabelle 12: Entfernungen und Wegzeiten mit öffentlichen Verkehrsmitteln im südlichen Oberallgäu (Falk Routenplaner 2013, Landratsamt Fahrpläne 2012):

von	nach	Entfernung	Wegzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln (einfach)
Oberstaufen	BKH Kempten	38 km	28 Minuten
Oberstaufen	SPZ Immenstadt	21,5 km	11 Minuten
Oberstdorf	BKH Kempten	38 km	63 Minuten
Oberstdorf	SPZ Immenstadt	17 km	34 Minuten
Bad Hindelang	BKH Kempten	33 km	75 Minuten
Bad Hindelang	SPZ Immenstadt	17 km	52 Minuten

Tabelle 13: Entfernungen und Wegzeiten mit öffentlichen Verkehrsmitteln aus dem Bezirk Reutte (Falk Routenplaner 2013, Verkehrsverbund Tirol 2012):

von	nach	Entfernung in km	Wegzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln (einfach)
Steeg	Hall	110 km	3 h 56 min, 3x umsteigen
Steeg	Sozialpsychiatrisches Zentrum pro mente Reutte	50 km	1h 14 min, kein umsteigen
Zöblen	Hall	144 km	3h 53 min, 3x umsteigen
Zöblen	SPZ pro mente	31,5 km	48 min, 1x umsteigen
Biberwier	Hall	96 km	2h 16 min, 3x umsteigen
Biberwier	SPZ pro mente	28,5 km	1h 13 min, 1x umsteigen

Tabelle 14: Geographische Besonderheiten und ausgewählte Entfernungen (Falk Routenplaner 2013):

Reutte-Zams/ Tirol	65 km
Reutte-Hall/ Tirol	102 km
Reutte-Lans/ Tirol	99 km
Reutte-Innsbruck/ Tirol	93 km
Höhe Fernpass	1212 m

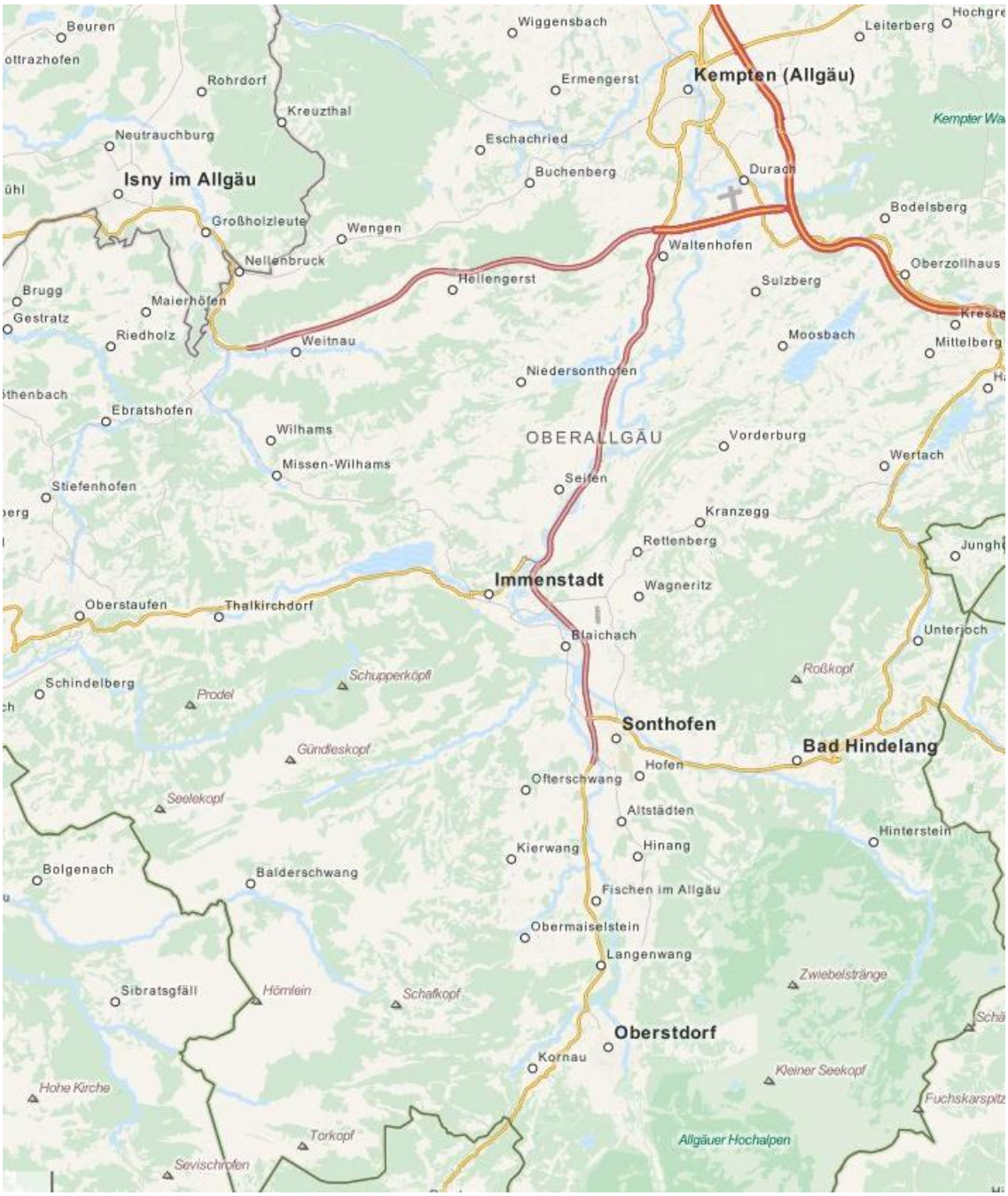
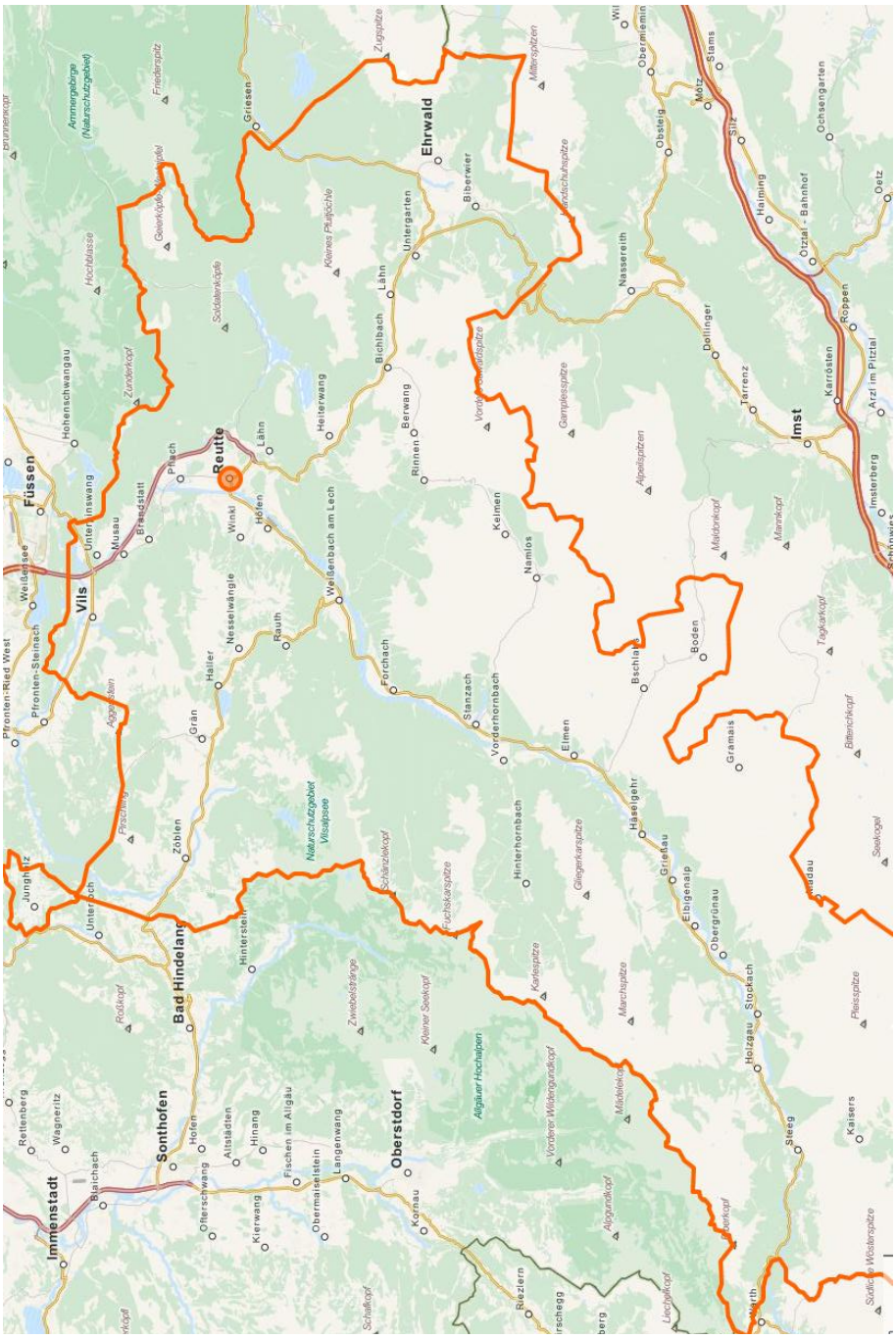


Abbildung 1: Auszug einer Landkarte des südlichen Oberallgäus (© OpenStreetMap contributors, www.openstreetmap.org/copyright 2014).



<u>Abbildung 2</u>: Auszug einer Landkarte des Bezirkes Reutte mit angrenzenden Regionen (© OpenStreetMap contributors, www.openstreetmap.org/copyright 2014).



<u>Abbildung 3</u>: Auszug einer Landkarte des Bezirkes Reutte einschließlich des Zentralraumes Innsbruck (© OpenStreetMap contributors, www.openstreetmap.org/copyright 2014).

Datenerhebungsbogen: Bestandsaufnahme der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung im Bezirk Reutte/ südliches Oberallgäu

Nachfolgend wird exemplarisch für beide untersuchten Regionen der Datenfragebogen für den Bezirk Reutte dargestellt.

Name und Standort der Einrichtung:

Träger der Einrichtung:

Bearbeiter/in: Telefon (für evtl. Rückfragen): Datum:

Öffnungszeiten bzw. Arbeitszeiten der Einrichtung:

Mitarbeiter:

Berufsgruppen	**Zahl der Planstellen**
SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen	
Psychiatrische Fachpflegekräfte	
Sonstige Pflegekräfte	
DiplompädagogInnen	
PsychologInnen	
Arbeits-/ErgotherapeutInnen	
ErzieherInnen	
ÄrztInnen	
Verwaltungsangestellte	
Sonstige, und zwar:	
Sonstige, und zwar:	
Sonstige, und zwar:	

Sektor:

☐ öffentlich ☐ gemeinnützig ☐ privat ☐ andere:

Kostenträger:

Zahl der Plätze / Betten / Nutzer: ☐

Kooperation mit anderen Diensten: ☐ nein ☐ ja mit welchen: ☐

Erläuterungen zum Ausfüllen des Fragebogens:

- **bitte nur Patienten/ Klienten mit folgenden Diagnosen/ Kriterien berücksichtigen**
- Die Erhebung der Versorgungsstrukturen erfolgt mittels ESMS (European Service Mapping Schedule). Dieses Instrument dient der internationalen Vergleichbarkeit von Einrichtungen. Es orientiert sich primär am Angebot der Einrichtung und erscheint deshalb zunächst ungewohnt.
- Die Erhebung bezieht sich auf die Versorgungsregion **Bezirk Reutte**
- **Alter** der Patienten/ Klienten: **18. LJ bis inkl. 65. LJ**

- **Bitte Patienten mit folgenden Diagnosen berücksichtigen:**

Fälle mit vorrangiger Erkrankung aus der ICD 10-Diagnosegruppe ...
F00-09 (Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen)
F10-19 (Psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen)
F20-29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen)
F30-39 (Affektive Störungen)
F40-48 (Neurotische, Belastungs-und somatoforme Störungen)
F50-59 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren)
F60-69 (Persönlichkeits-und Verhaltensstörungen)
F 99 (Nicht näher bezeichnete psychische Störungen)

- **nicht einbezogen:** F70-F79 (Intelligenzminderung), falls alleinige psychische Diagnose

- **Bitte die Fallzahlen nur für Patienten/ Klienten aus dem Bezirk Reutte angeben!**
- Zum Teil werden Patienten/ Klienten bewusst mehrfach gezählt, zB wenn verschiedene Dienste **in verschiedenen** Einrichtungen besucht werden (zB Wohnheim + Tagesstruktur).
- Wenn verschiedene Dienste **einer** Einrichtung besucht werden, bitte den Patienten dort zuordnen, wo die meiste Zeit verbracht wird.
- Definition Einrichtung: =organisatorisch selbständig, dh. eigenständiges Team + eigene Organisationsstruktur.

- **Ordnen Sie bitte Ihre Institution den folgenden Kategorien zu.**
- **Kreuzen Sie bitte die Kategorie an, die für Ihre Institution zutrifft.**
- **Erfüllt eine Einrichtung mehrere unterschiedliche Funktionen, bitte diese Einrichtung mehrfach zuordnen.**

1. Ist Ihre Einrichtung eine psychiatrische Einrichtung mit Übernachtung?

(=Einrichtungen, in denen Betten zur Übernachtung für Patienten mit psychischen Erkrankungen oder zur sozialen Betreuung einer Störung, welche durch eine psychische Erkrankung bedingt ist, bereitgestellt werden. ***Nicht:*** *Betten, die aufgrund einer Obdachlosigkeit benutzt werden oder weil der Wohnort nicht erreichbar ist).*

☐ nein, (falls nein bitte weiter zu Punkt 2.)

☐ ja (Bitte zutreffendes ankreuzen, Mehrfachantworten möglich)

☐ **R1: speziell gesicherte Unterbringung, (zB forensische Psychiatrie)** *(=Betten für Patienten, die nach medizinischer Beurteilung eine Gefährdung für sich oder andere, aufgrund gesetzlicher Bestimmungen oder anderen Sicherheitsgründen mit einem erhöhtem Maß an Sicherheitsmaßnahmen, die über die normale „geschlossene" Unterbringung hinausgehen, untergebracht werden müssen, zB Klinik für forensische Psychiatrie.* ***Nicht:*** *automatisch alle Einrichtungen, in die Zwangseinweisungen erfolgen).*

☐ **durchschnittliche Patientenzahlen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte pro Tag im letzten Halbjahr**

☐ **Akut (zB. psychiatrisches Krankenhaus oder psychiatrische Abteilung im Allgemeinkrankenhaus)** *(Aufnahme aufgrund einer akuten Verschlechterung des psychischen Zustandes, des sozialen Verhaltens oder Verhaltensstörungen aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung innerhalb von 24h möglich).*

☐ **R2: Krankenhaus, akut**

☐ **durchschnittliche Patientenzahlen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte pro Tag im letzten Halbjahr**

- **Maximale Zahl an Planbetten?** ☐
- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **R3: andere Einrichtung, akut, welche:** ☐

(Stationäre Einrichtungen, die den gesetzlichen Bestimmungen eines Krankenhauses nicht entsprechen, zB Krisenhäuser, Krisenbetten).

☐ **durchschnittliche Patientenzahlen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte pro Tag im letzten Halbjahr**

- **Maximale Zahl an Planbetten?** ☐
- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **Nicht akut** *(=Kriterien wie für „stationär", aber nicht für Akutversorgung oder Unterbringung zutreffend, zB Platz nicht innerhalb von 24h verfügbar)*

☐ **Krankenhaus, nicht akut**

☐ **zeitlich begrenzter Aufenthalt** *(Einrichtungen, bei denen eine maximale Verweildauer für alle Aufnahmen routinemäßig festgesetzt ist und mind. 80% der tatsächlichen Verweildauer innerhalb dieses zeitlichen Rahmens liegt, zB Rehabilitationskliniken, Suchtentwöhnungseinrichtungen, psychosomatische Reha-Kliniken).*

☐ **R4: Nicht akut, Krankenhaus, zeitlich begrenzter Aufenthalt, Betreuung rund um die Uhr** *(Fachpersonal 24h am Tag für die Patienten verfügbar, **Nicht:** Anwesenheit von Sicherheits-und Hilfspersonal).*

- ☐ **durchschnittliche Patientenzahlen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte proTag im letzten Halbjahr**
- **Maximale Zahl an Planbetten?** ☐
- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **R5: Nicht akut, Krankenhaus, zeitlich begrenzter Aufenthalt, Betreuung nur am Tag, aber jeden Tag** *(Fachpersonal regelmäßig an 5 Tagen in der Woche, für mind. einen Teil des Tages anwesend).*

- ☐ **durchschnittliche Patientenzahlen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte pro Tag im letzten Halbjahr**
- **Maximale Zahl an Planbetten?** ☐
- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **Nicht akut, Krankenhaus, Verweildauer offen** *(Einrichtung ohne routinemäßig festgesetzte maximale Verweildauer, zB Langzeiteinrichtungen)*

☐ **R6: Nicht akut, Krankenhaus, Verweildauer offen, Betreuung rund um die Uhr** *(Fachpersonal 24h am Tag für die Patienten verfügbar, **Nicht:** Anwesenheit von Sicherheits-und Hilfspersonal).*

- ☐ **durchschnittliche Patientenzahlen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte pro Tag im letzten Halbjahr**

- **Maximale Zahl an Planbetten?** ☐
- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **R7: <u>Nicht akut, Krankenhaus, Verweildauer offen, Betreuung nur am Tag, aber jeden Tag</u>** *(Fachpersonal regelmäßig an 5 Tagen in der Woche, für mind. einen Teil des Tages anwesend).*

- ☐ **durchschnittliche Patientenzahlen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte pro Tag im letzten Halbjahr**
- **Maximale Zahl an Planbetten?** ☐
- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **Nicht akut, andere Einrichtung, welche**: ☐ *(Stationäre Einrichtungen, die den gesetzlichen Bestimmungen eines Krankenhauses nicht entsprechen, zB Wohnheime, WG´s, Betreutes Wohnen, NICHT: betreutes Einzelwohnen in eigener Wohnung).*

☐ **zeitlich begrenzter Aufenthalt** *(Einrichtungen, bei denen eine maximale Verweildauer für alle Aufnahmen routinemäßig festgesetzt ist und mind. 80% der tatsächlichen Verweildauer innerhalb dieses zeitlichen Rahmens liegen).*

☐ **R8: Nicht akut, andere Einrichtung, zeitlich begrenzter Aufenthalt, Betreuung rund um die Uhr** *(Fachpersonal 24h am Tag für die Patienten verfügbar, **Nicht:** Anwesenheit von Sicherheits-und Hilfspersonal).*

- ☐ **durchschnittliche Patientenzahlen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte pro Tag im letzten Halbjahr**
- **Maximale Zahl an Plätzen?** ☐
- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **R9: Nicht akut, andere Einrichtung, zeitlich begrenzter Aufenthalt, Betreuung nur am Tag, aber jeden Tag** *(Fachpersonal regelmäßig an 5 Tagen in der Woche, für mind. einen Teil des Tages anwesend).*

- ☐ **durchschnittliche Patientenzahlen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte pro Tag im letzten Halbjahr**
- **Maximale Zahl an Plätzen?** ☐

- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **R10: Nicht akut, andere Einrichtung, zeitlich begrenzter Aufenthalt, Betreuung nur am Tag, nicht jeden Tag**

- ☐ **durchschnittliche Patientenzahlen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte pro Tag im letzten Halbjahr**
- **Maximale Zahl an Plätzen?** ☐
- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **Nicht akut, andere Einrichtung, Verweildauer offen:** *(Einrichtungen ohne routinemäßig festgesetzte maximale Verweildauer)*

☐ **R11: <u>Nicht akut, andere Einrichtung, Verweildauer offen, Betreuung rund um die Uhr</u>** (*Fachpersonal 24h am Tag für die Patienten verfügbar, **<u>Nicht</u>:** Anwesenheit von Sicherheits-und Hilfspersonal).*

- ☐ **durchschnittliche Patientenzahlen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte pro Tag im letzten Halbjahr**
- **Maximale Zahl an Plätzen?** ☐
- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **R12: <u>Nicht akut, andere Einrichtung, Verweildauer offen, Betreuung nur am Tag, aber jeden Tag</u>** (*Fachpersonal regelmäßig an 5 Tagen in der Woche, für mindestens einen Teil des Tages anwesend).*

- ☐ **durchschnittliche Patientenzahlen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte pro Tag im letzten Halbjahr**
- **Maximale Zahl an Plätzen?** ☐
- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **R13: Nicht akut, andere Einrichtung, Verweildauer offen, Betreuung nur am Tag, nicht jeden Tag**

- ☐ **durchschnittliche Patientenzahlen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte pro Tag im letzten Halbjahr**
- **Maximale Zahl an Plätzen?** ☐
- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

2. Einrichtung zur Tagesbetreuung oder strukturierten Aktivität?

= Einrichtungen, in denen keine Möglichkeit zur Übernachtung besteht und die neben Einrichtungen mit Übernachtung zusätzlich existieren. Diese Einrichtungen sollen:

a) für mehrere Patienten zur gleichen Zeit nutzbar sein,

b) eine Kombination aus Behandlungen der Probleme, die durch psychiatrische Erkrankungen entstehen, strukturierenden Aktivitäten, sozialen Kontakten oder Unterstützung anbieten,

c) zu regelmäßigen Öffnungszeiten verfügbar sein,

d) Patienten sollen sich länger als für den Zeitraum des Direktkontaktes mit dem Fachpersonal in der Einrichtung aufhalten können.

☐ **D1: <u>Akut</u>** *(Einweisung aufgrund einer akuten Verschlechterung des psychischen Zustandes, des sozialen Verhaltens oder Verhaltensstörungen aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung innerhalb von 24h möglich, zB Tagesklinik).*

- ☐ **durchschnittliche Zahl an Besuchern (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte pro Tag im letzten Halbjahr**
- **Maximale Zahl an Plätzen?** ☐
- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **<u>Nicht akut:</u>** *(=Einrichtungen für die Kriterien unter D1 **<u>nicht</u>** zutreffen, zB Platz nicht innerhalb von 24h verfügbar, zB Werkstätte, Tagesstätte, Kreativwerkstatt)*

☐ **<u>hohe Intensität:</u>** *(=Dienste, die für Patienten mind. 4x ½ Tag pro Woche verfügbar sind. Patienten müssen nicht so oft anwesend sein, bei Bedarf sollte dies aber möglich sein).*

☐ **D2: Tagesbetreuung, nicht akut, hohe Intensität, geschützte Arbeit**

(=Angebot eine Arbeit zu verrichten, für mind. 50% des ortsüblichen Lohnes für diese Arbeit auf dem freien Arbeitsmarkt der Region).

- ☐ **durchschnittliche Zahl an Personen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte pro Monat im letzten Halbjahr, die die Einrichtung an mehr als 4 Halbtagen pro Woche während mind. 3 von 4 Wochen besuchten**
- **Maximale Zahl an Plätzen?** ☐
- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **D3: Tagesbetreuung, nicht akut, hohe Intensität, arbeitsähnliche Beschäftigung**

(=Einrichtung, in der Klienten Tätigkeiten ausführen, die an eine, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bezahlten Arbeit orientiert sind, Klienten erhalten mind. 25%, max. 50% des Mindestlohnes für diese Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt).

☐ **durchschnittliche Zahl an Personen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte pro Monat im letzten Halbjahr, die die Einrichtung an mehr als 4 Halbtagen pro Woche während mind. 3 von 4 Wochen besuchten**

- **Maximale Zahl an Plätzen?** ☐

- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **D4: <u>Tagesbetreuung, nicht akut, hohe Intensität, andere strukturierte Tätigkeit</u>**

(=keine Tätigkeit wie bei „geschützte Arbeit“ oder „arbeitsähnliche Beschäftigung“, sondern Beschäftigungen wie Geschicklichkeitstraining, kreative Tätigkeiten und Gruppenarbeiten, die zu mind. 25% der Öffnungszeiten der Einrichtung verfügbar sind).

- ☐ **durchschnittliche Zahl an Personen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte pro Monat im letzten Halbjahr, die die Einrichtung an mehr als 4 Halbtagen pro Woche während mind. 3 von 4 Wochen besuchten**
- **Maximale Zahl an Plätzen?** ☐
- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **D5: <u>Tagesbetreuung, nicht akut, hohe Intensität, soziale Kontakte</u>**

(=Kriterien für „Tages-und strukturierende Einrichtung“ erfüllt, für „geschützte Arbeit“, „arbeitsähnliche Beschäftigung“ oder „strukturierte Tätigkeit“ aber <u>nicht</u> oder Angebote seltener als zu 25% der Öffnungszeiten verfügbar. Es werden soziale Kontakte, praktische Hilfeleistungen und Unterstützung psychisch Kranker ermöglicht).

- ☐ **durchschnittliche Zahl an Personen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte pro Monat im letzten Halbjahr, die die Einrichtung an mehr als 4 Halbtagen pro Woche während mind. 3 von 4 Wochen besuchten**
- **Maximale Zahl an Plätzen?** ☐
- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **<u>Tagesbetreuung, nicht akut, niedrige Intensität</u>** *(=wie „hohe Intensität“, nur seltener als 4x ½ Tag pro Woche verfügbar).*

☐ **D6: <u>Tagesbetreuung, nicht akut, niedrige Intensität, geschützte Arbeit</u>**

(=Angebot eine Arbeit zu verrichten, von mind. 50% des ortsüblichen Lohnes für diese Arbeit auf dem freien Arbeitsmarkt der Region).

- ☐ **durchschnittliche Zahl an Personen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte pro Monat im letzten Halbjahr, die die Einrichtung an weniger als 4 Halbtagen pro Woche während eines Monates besuchten**
- **Maximale Zahl an Plätzen?** ☐

- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **D7: <u>Tagesbetreuung, nicht akut, niedrige Intensität, arbeitsähnliche Beschäftigung</u>** *(=Einrichtung, in der Klienten Tätigkeiten ausführen, die an einer auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bezahlten Arbeit orientiert sind, Klienten erhalten mind. 25%, max. 50% des Mindestlohnes für diese Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt).*

- ☐ **durchschnittliche Zahl an Personen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte pro Monat im letzten Halbjahr, die die Einrichtung an weniger als 4 Halbtagen pro Woche während eines Monates besuchten**
- **Maximale Zahl an Plätzen?** ☐
- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **D8: <u>Tagesbetreuung, nicht akut, niedrige Intensität, andere strukturierte Tätigkeit</u>** *(=keine Tätigkeit wie bei „geschützte Arbeit“ oder „arbeitsähnliche Beschäftigung“, sondern Beschäftigungen wie Geschicklichkeitstraining, kreative Tätigkeiten und Gruppenarbeiten, die zu mind. 25% der Öffnungszeiten der Einrichtung verfügbar sind).*

- ☐ **durchschnittliche Zahl an Personen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte pro Monat im letzten Halbjahr, die die Einrichtung an weniger als 4 Halbtagen pro Woche während eines Monats besuchten**
- **Maximale Zahl an Plätzen?** ☐
- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **D9: <u>Tagesbetreuung, nicht akut, niedrige Intensität, soziale Kontakte</u>**

(=Kriterien für Tages-und strukturierende Einrichtung erfüllt, für „geschützte Arbeit“, „arbeitsähnliche Beschäftigung“ oder „strukturierte Tätigkeit“ aber nicht oder Angebote seltener als zu 25% der Öffnungszeiten verfügbar. Es werden soziale Kontakte, praktische Hilfeleistungen und Unterstützung psychisch Kranker ermöglicht).

- ☐ **durchschnittliche Zahl an Personen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte pro Monat im letzten Halbjahr, die die Einrichtung an weniger als 4 Halbtagen pro Woche während eines Monats besuchten**
- **Maximale Zahl an Plätzen?** ☐

- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

3. Handelt es sich bei Ihrer Einrichtung um einen ambulanten oder kommunalen Dienst, zB SPDi, Suchtberatungsstelle, PIA? *(=Einrichtungen, die Kontaktstellen zwischen Fachpersonal und Patienten darstellen, die eine Betreuung und organisatorische Hilfestellungen für psychisch Erkrankte und deren Schwierigkeiten mit den medizinischen und sozialen Folgen ihre Erkrankung bereitstellen und diese Aufgaben nicht als Teil einer „stationären" Einrichtung oder einer „Tages-und strukturierenden Einrichtung" wahrnehmen).*

☐ **O: Notfallversorgung** *(Bietet Hilfestellungen bei Behandlungseinleitung, bei Verschlechterung der psychischen Verfassung, Störungen des Sozialverhaltens bzw. bei akuten Verhaltensstörungen eines psychisch erkrankten Menschen, kann noch am selben Arbeitstag bereitgestellt bzw. vermittelt werden).*

Bitte kreuzen Sie für Ihre Einrichtung Zutreffendes an:

☐ Bietet Krisenbewältigung an

☐ Krisenbewältigung durch spezialisiertes Behandlungsteam

☐ Krisenbewältigung neben nicht-akuter Betreuung

☐ Krisenbewältigung in Notaufnahmestationen

☐ Krisenbewältigung schließt Hausbesuche ein

☐ Krisenbewältigung mit Intensivbetreuung zuhause

☐ Kontinuierliche Behandlung mit Hausbesuchen

☐ Aufsuchende Betreuung

☐ Frühintervention bei psychotischen Störungen

☐ **Notfallversorgung, mobil:** *(=Dienst, der verschiedene Formen der Patientenkontakte ermöglicht und auch das häusliche Milieu des Patienten/ Klienten durch Fachpersonal aufgesucht wird. Mind. 20% der Patientenkontakte sollten außerhalb des Gebäudes, in dem sich der Dienst befindet, erfolgen. Nicht: wenn Dienst an verschiedenen Tagen an verschiedenen Dienststellen in verschiedenen Orten tätig ist).*

☐ **O1: Notfallversorgung, mobil, rund um die Uhr** *(Dienst 24h am Tag, 7 Tage in der Woche verfügbar).*

- ☐ **Zahl an Personen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte, die im letzten Quartal gesehen wurden**
- **Maximale Zahl an Plätzen?** ☐
- **Ist Ihre Einrichtung voll ausgelastet?**
- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **O2: <u>Notfallversorgung, mobil, begrenzte Öffnungszeiten</u>** *(Dienst seltener als 24h und 7 Tage in der Woche verfügbar).*

- ☐ **Zahl an Personen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte, die im letzten Quartal betreut wurden**
- **Maximale Zahl an Plätzen?** ☐
- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **<u>Notfallversorgung, ortsfest, zB psychiatrische Notfallambulanz</u>** *(=weniger als 20% der Kontakte außerhalb der Dienststelle).*

☐ **O3: <u>Notfallversorgung, ortsfest, rund um die Uhr</u>** *(Dienst 24h am Tag, 7 Tage in der Woche verfügbar).*

- ☐ **Zahl an Personen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte, die im letzten Quartal betreut wurden**
- **Maximale Zahl an Plätzen?** ☐
- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **O4: <u>Notfallversorgung, ortsfest, begrenzte Öffnungszeiten</u>** *(Dienst seltener als 24h und 7 Tage in der Woche verfügbar).*

- ☐ **Zahl an Personen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte, die im letzten Quartal betreut wurden**
- **Maximale Zahl an Plätzen?** ☐
- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **<u>Dauerbetreuung:</u>** *(=Möglichkeit des Kontaktes zu Fachpersonal und Betreuung durch Fachpersonal, bei Bedarf auch Langzeitbetreuung möglich).*

☐ **<u>Dauerbetreuung, mobil:</u>** *(=Dienst, der verschiedene Formen der Patientenkontakte ermöglicht und auch das häusliche Milieu des Patienten/ Klienten durch Fachpersonal aufgesucht wird. Mind. 20% der Patientenkontakte sollten außerhalb des Gebäudes, in dem sich der Dienst befindet, erfolgen. **<u>Nicht:</u>** wenn Dienst an verschiedenen Tagen an verschiedenen Dienststellen in verschiedenen Orten tätig ist).*

☐ **O5: <u>Dauerbetreuung, mobil, hohe Intensität</u>** *(=Direktkontakt zwischen Fachpersonal und Patient/ Klient bei Bedarf mind. 3x in der Woche möglich).*

- ☐ **Zahl an Personen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte, die im letzten Quartal betreut wurden**
- **Maximale Zahl an Plätzen?** ☐
- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **O6: <u>Dauerbetreuung, mobil, mittlere Intensität</u>** *(=Patient kann mind. 1x alle 14 Tage, jedoch weniger als 3x die Woche gesehen werden).*

- ☐ **Zahl an Personen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte, die im letzten Quartal betreut wurden**
- **Maximale Zahl an Plätzen?** ☐
- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **O7: Dauerbetreuung, mobil, niedrige Intensität** *(=Kontakt weniger als 1x alle 14 Tage möglich).*

- ☐ **Zahl an Personen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte, die im letzten Quartal betreut wurden**
- **Maximale Zahl an Plätzen?** ☐
- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **Dauerbetreuung, ortsfest, zB Ambulanzen, psychosoziale Dienste:** *(=weniger als 20% der Kontakte außerhalb der Dienststelle).*

☐ **O8: Dauerbetreuung, ortsfest, hohe Intensität** *(=Direktkontakt zwischen Fachpersonal und Patient/ Klient bei Bedarf mind. 3x in der Woche möglich).*

- ☐ **Zahl an Personen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte, die im letzten Quartal betreut wurden**
- **Maximale Zahl an Plätzen?** ☐

- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **O9: <u>Dauerbetreuung, ortsfest, mittlere Intensität</u>** *(=Patient kann mind. 1x alle 14 Tage, jedoch weniger als 3x die Woche gesehen werden).*

- ☐ **Zahl an Personen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte, die im letzten Quartal betreut wurden**
- **Maximale Zahl an Plätzen?** ☐
- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

☐ **O10: <u>Dauerbetreuung, ortsfest, niedrige Intensität</u>** *(=Kontakt weniger als 1x alle 14 Tage möglich).*

- ☐ **Zahl an Personen (18.-65. LJ) aus dem Bezirk Reutte, die im letzten Quartal betreut wurden**
- **Maximale Zahl an Plätzen?** ☐

- **Wie häufig traten im Jahr 2010 bei Ihren Klienten/ Patienten aus dem Bezirk Reutte akute psychosoziale bzw. psychiatrische Krisen auf?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

- **Bei wie vielen Patienten aus dem Bezirk Reutte waren im Jahr 2010 Zwangseinweisungen erforderlich?**

Fallzahl	
genauer Wert	Schätzwert

<u>4. Laienhilfe und Selbsthilfe</u> *(=Einrichtungen für psychisch erkrankte Menschen und/oder Angehörige)*

☐ S1: Selbsthilfegruppe für Betroffene

☐ Zahl der Kontakte im vergangenen Quartal

☐ S2: Angehörige

☐ Zahl der Kontakte im vergangenen Quartal

Danksagung

Herzlichst bedanken möchte ich mich bei allen, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Peter Brieger, der diese Arbeit ermöglichte sowie für seine kritisch-analytischen Korrekturen. Insbesondere für seine motivierenden Worte in den schwierigen Passagen dieser Arbeit danke ich ihm.

Danken möchte ich auch Herrn Prof. Dr. rer. soc. Reinhold Kilian für seine Unterstützung bei der methodischen Gestaltung der Arbeit sowie insbesondere bei dem schwierigen und komplexen Thema der qualitativen Inhaltsanalyse.

Ein besonderes Dankeschön gilt auch allen interviewten Experten für den Bezirk Reutte sowie das südliche Oberallgäu, die mir durch ihre Erfahrungen, Analysen und kritischen Bemerkungen einen großen Teil der Daten für diese Arbeit lieferten.

Ebenso gebührt ein herzliches Dankeschön den Leitern und Mitarbeitern aller von mir angeschriebenen Einrichtungen und Institutionen für das Ausfüllen der umfangreichen Datenerhebungsfragebögen.

Abschließend bedanke ich mich bei meinem Ehemann Savas und meiner Tochter Elena-Aphrodite für ihre Geduld und ihre emotionale Unterstützung während dieser Arbeit.

Lebenslauf

Beate Grimm-Halkevopoulos, geb. Grimm

Schlossbergweg 39

A-6600 Ehenbichl/ Tirol

Mobil: 0043-660 5809990

Mail: beate.grimmhalkevopoulos@tirol.gv.at

Persönliches

Geboren am 29.August 1965 in Miltenberg/ Main

Staatsangehörigkeit: Deutsch

verheiratet mit Dr. med. Savas Halkevopoulos, Oberarzt der Internen Abteilung des Bezirkskrankenhauses Reutte

Tochter: Elena-Aphrodite Halkevopoulos

Ausbildung, Studium und Weiterbildungen

09/1971-07/1975	Volksschule
09/1975-07/1982	Johannes-Butzbach-Gymnasium Miltenberg
09/1982-06/1984	Karl-Ernst-Gymnasium Amorbach

05/1984	Abitur mit Erlangung der Allgemeinen Hochschulreife
10/1984-04/1992	Studium der Humanmedizin an der Universität des Saarlandes Homburg
03/1987	Ärztliche Vorprüfung
03/1988	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
04/1991	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
04/1992	Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
10/1993	Approbation
06/1994	Kurse Arzt im Rettungsdienst Teil A-D
12/1995	Grundkurs Echokardiographie gem. den Richtlinien der KBV
05/1996	Doppler-Echokardiographie-Seminar Hamburg
06/1996	Grundkurs Duplexsonographie und abdominelle Sonographie gem. den Richtlinien der KBV
06/1996	Grundkurs Duplexsonographie und Abdomensonographie
05/1998-03/1999	240-Stunden-Seminare Weiterbildung Allgemeinmedizin
02/2000	Kurs manuelle Medizin Bad Iburg
11/2004	Anerkennung als Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin
11/2004-12/2004	Kurs psychosomatische Grundversorgung Isny
12/2005	Anerkennung der Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie

06/2007	Anerkennung der Zusatzbezeichnung Sportmedizin
10/2007	Berechtigung zur Impftätigkeit Landesärztekammer Hessen
01/2008-11/2008	Bausteine I-V Suchtmedizinische Grundversorgung München
02/2008-08/2008	Kurse Arbeitsmedizin C und B1
10/2008	Diplomfortbildung orale Substitutionsbehandlung Innsbruck
12/2008	Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz für das Anwendungsgebiet Röntgendiagnostik des Thorax
03/2009	Diplom der Österreichischen Ärztekammer Geriatrie
03/2009	Diplom der Österreichischen Ärztekammer Palliativmedizin
04/2009	Diplom der Österreichischen Ärztekammer Umweltmedizin
07/2009	Fachkundenachweis Rettungsdienst
09/2009-12/2009	Physikatskurs mit Physikatsprüfung und Befähigungszeugnis gemäß § 34a Abs 10 des Landesvertragsbedienstetengesetzes Innsbruck
02/2010	Diplom Österreichische Ärztekammer Substitutionsbehandlung
03/2010-05/2010	Kurse Grundlagen der medizinischen Begutachtung Bad Nauheim
11/2010	Ablegung der Dienstprüfung für die Ebene Experten bzw. für die Verwendungsgruppe A (Amtsärzte)
11/2010	Diplom der Österreichischen Ärztekammer Krankenhaushygiene

01/2012-06/2013	Basiskurs der Verwaltungsakademie des Landes Tirol
Seit 01/2013	Kurs Führungskompetenz der Verwaltungsakademie Land Tirol

Berufliche Biographie

04/1992-12/1995	Ärztin im Praktikum und Assistenzärztin in der kardiologischen Abt. des Herzzentrums Schüchtermann-Klinik Bad Rothenfelde
01/1996-12/1996	Assistenzärztin in der Inneren Abt. des Krankenhauses St.Raphael Ostercappeln
01/1997-03/1998	Weiterbildungsassistentin Praxis Dres Schmidt/ Riechardt Hasbergen
03/1998-12/1998	Assistenzärztin Praxis Kietzmann Bad Rothenfelde
01/1999-03/2002	Assistenzärztin in der orthopädisch/rheumatologischen Abt. der Münsterlandklinik Bad Rothenfelde
04/2002-03/2005	Ärztin in der psychosomatischen Abteilung der Fachklinik Allgäu Pfronten
04/2005-12/2007	Funktionsoberärztin in der psychosomatischen Abteilung der Fachklinik Allgäu Pfronten
01/2008-12/2008	Arbeitsmedizinischer Dienst AKS Kempten
Seit 01/ 2009	Leiterin Gesundheitsreferat der Bezirkshauptmannschaft Reutte

Nebentätigkeiten

01/1995-05/2000	Betreuung der Herzsportgruppe der Schüchtermannklinik Bad Rothenfelde
05/1996-03/2002	Betreuung der Herzsportgruppe des Deutschen Roten Kreuzes Versmold
Seit 09/2012	Unterricht Fach Hygiene und Infektionslehre an der Pflegeschule Reutte

Mitgliedschaften

Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Herz-und Kreislaufforschung e.V.

Mitglied im Rotary Club Reutte-Füssen

Ehenbichl, 12.Februar 2014