



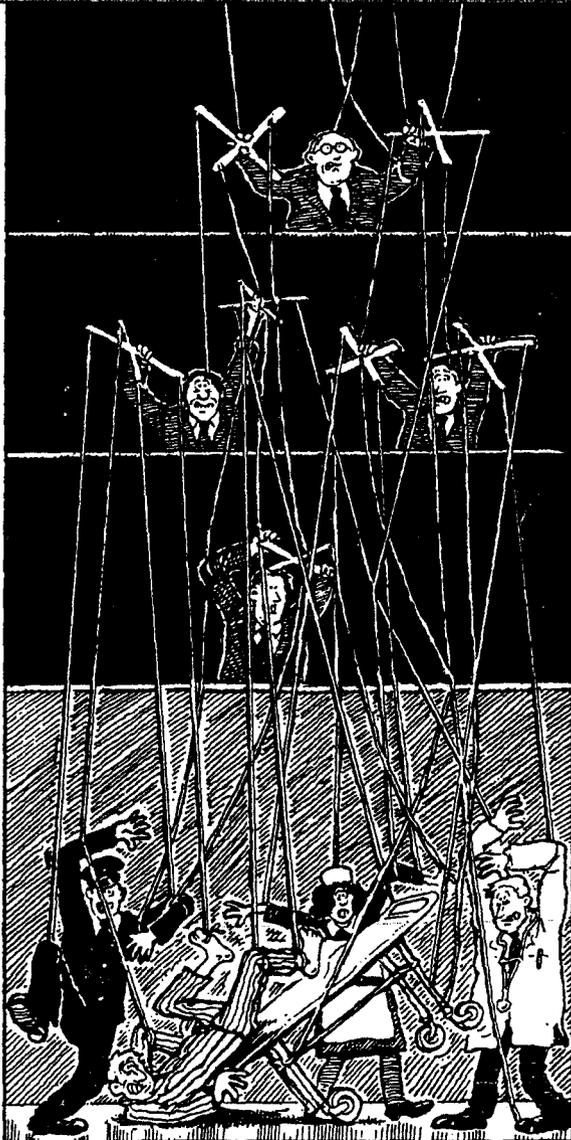
20. JAHRGANG  
GRÜNDUNG 1972  
Herausgeber: ...  
Verlag: ...



UNIV. DOZENT  
DR. HEINZ KATSNIG  
PSYCHIATR. UNIV. KLINIK  
WÄHRINGER GÜRTEL 74-76  
A 1090 WIEN  
Tel. 0222/4289-4569

# Osterreichische Krankenhaus-Zeitung

**KOSTEN-  
UND  
FINAN-  
ZIERUNGS-  
STRUKTUR**



Steve Bell

41  
**DER  
PSYCHIA-  
TRISCHEN  
VERSOR-  
GUNG**

## Die Kosten- und Finanzierungsstruktur der stationären psychiatrischen Versorgung in Österreich: Ein Hindernis für die Psychiatriereform?

### EINLEITUNG

Die Skizze einer idealen psychiatrischen Versorgung — eines gemeindenahen sektorsierten Versorgungssystems — ist schon lange gezeichnet (vgl. Zusmann, 1969; Katschnig, 1974; Deutscher Bundestag, 1975; Bauer, 1977; Forster und Pelikan, 1978 a). In letzter Zeit wurden auch in Österreich diesbezügliche Reformpläne publiziert. Wesentliches Element dieser Reformpläne, die sich auf schwerer gestörte psychisch Kranke beziehen, welche heute in der Regel einer stationären Behandlung bedürfen, ist die Verlagerung des Schwerpunktes von der stationären, gemeindefernen, auf die teilstationäre und ambulante, gemeindenahere Versorgung. Im Kern bedeutet dies eine Reduktion der Bettenzahl in den überdimensionierten psychiatrischen Anstalten und die Schaffung von komplementären Einrichtungen in der Gemeinde. Die sachlichen und humanitären Gründe für dieses Reformziel wollen wir hier als gegeben betrachten und uns Fragen der praktischen Umsetzung von publizierten Plänen zuwenden. Dabei wird sich zeigen, daß sich einer Verringerung der Betten in den psychiatrischen Krankenhäusern eine Vielzahl von ungeahnten Hemmnissen entgegenstellt.

In einer kürzlich in dieser Zeitschrift erschienenen Arbeit haben Katschnig und Berner (1979) die praktischen infrastrukturellen Probleme analysiert, die gelöst werden müssen, wenn die Psychiatriereform nicht ein Schlagwort bleiben soll. Dazu zählen neben *Öffentlichkeitsarbeit* und *Arbeit mit den Angehörigen* das *Abfangen der Belastung für das gemeindenah arbeitende Betreuungspersonal*, die *Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten*, die *Kooperation* aller medizinischen, psychiatrischen und sozialen Institutionen in einem bestimmten geographischen Gebiet, die *Schaffung eines entsprechenden gesetzlichen Rahmens* für die Reform und letztlich auch Fragen der *Kosten- und Finanzierungsstruktur* der psychiatrischen Versorgung in Österreich. Um diesen letztgenannten Aspekt geht es in dieser Arbeit.

Wie noch zu zeigen sein wird, darf sich die Diskussion derartiger Kosten- und Finanzierungsfragen nicht einfach in der immer und überall vorgebrachten Forderung, es müsse *mehr Geld* zur Verfügung gestellt werden, erschöpfen, sondern muß sich mit den aus der *Kosten- und Finanzierungsstruktur* erwachsenden Problemen befassen, die mitbedacht werden müssen, wenn man programmatisch verkündete Humanisierungs- und Reformbestrebungen in der Psychiatrie in die Wirklichkeit umsetzen möchte. Freilich ist es zunächst nützlich, sich ein Bild von der Höhe der Beträge zu machen, um die es dabei geht.

### GESAMTKOSTEN DER STATIONÄREN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG

Einer Publikation der Verbindungsstelle der Bundesländer beim Amt der Niederösterreichischen Landesregierung (1976) sind folgende Daten für die psychiatrische Versorgung Österreichs im Jahre 1974 zu entnehmen. Insgesamt wurden in dieser Studie 11 psychiatrische Landeskrankenanstalten (die Psychiatrischen Universitätskliniken und Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern wurden nicht mit einbezogen) mit rund 11 500 Betten, 32 950 Aufnahmen und 4 015 000 verrech-

**Gemeindenahere Psychiatrie: Reduktion psychiatrischer Betten, Schaffung komplementärer Einrichtungen**

mit dem  
n  
  
r  
n  
System  
Vertrieb  
Odelga-Wien  
ort und  
rg durch  
desin-  
it Incidin

masil  
des



ene,  
JGHMP)

icher

**Jährliche  
Kosten der  
stationären  
Psychiatrie:  
1,28  
Milliarden**

**10% der Ge-  
samtausgaben  
für 20% der  
Pflegetage**

neten Krankenpflegetagen erfaßt<sup>1</sup>. Im Berichtsjahr 1974 betragen die Gesamtausgaben dieser 11 psychiatrischen Landeskrankenhäuser für Personal- und Sachaufwand S 1,28 Milliarden, das sind S 306 je Pflegetag (vgl. Forster und Pelikan, 1978 a). Dem seien als Vergleich die *Pflegekosten* sämtlicher Krankenhäuser Österreichs gegenübergestellt: 1974 betrug der Aufwand je Pflegetag dort im Schnitt S 471,34. Insgesamt wurden im Berichtsjahr 1974 von allen in der Studie der Verbindungsstelle der Bundesländer erfaßten Krankenhäusern über S 13 Milliarden ausgegeben, das heißt, auf die 11 psychiatrischen Anstalten entfielen mit rund S 1,2 Milliarden weniger als 10 Prozent der Gesamtausgaben. Der Anteil der Pflegetage, die in psychiatrischen und neurologischen Betten verbracht werden, beträgt jedoch 20 Prozent aller Pflegetage in sämtlichen österreichischen Krankenhäusern. 10 Prozent der Gesamtausgaben werden also für 20 Prozent der Pflegetage aufgewendet. Im Durchschnitt erreichen somit die Gesamtausgaben pro Verpflegstag in einem psychiatrischen Krankenhaus weniger als 50 Prozent der Verpflegskosten in allgemeinen Krankenhäusern. Diese relative Benachteiligung der stationären psychiatrischen Versorgung, die „Randständigkeit“ der Psychiatrie auch im Finanzierungsbereich ist aus zahlreichen Untersuchungen bekannt und vielfach belegt (vgl. z. B. Forster und Pelikan, 1978 b).

#### **DIE FINANZIERUNGSSTRUKTUR ALS HINDERNIS FÜR DIE PSYCHIATRIE-REFORM: DREI BEISPIELE**

In den genannten Zahlen spiegelt sich nicht nur die Größe des Problems wider, es werden vielmehr auch schon strukturelle Probleme deutlich, von denen wir im folgenden drei hervorheben und im Detail behandeln werden. Bei diesen drei Beispielen handelt es sich um

Beispiel I: Aussteuerung aus der gesetzlichen Krankenversicherung

Beispiel II: Pflegetag als Leistungsbasis

Beispiel III: Fehlende Leistungsstandards

*Beispiel I: Das Problem der Aussteuerung aus dem Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung*

Seit der gesetzlichen Errichtung der österreichischen Krankenkassen im Jahre 1888 wurden zahlreiche Ausweitungen des Leistungsumfanges und auch der personellen Reichweite der gesetzlichen Krankenversicherung (wie etwa die Mitversicherung der Angehörigen) vorgenommen. Die Krankenversicherung sollte ursprünglich Lohnarbeiter vor den wirtschaftlichen Folgen von Krankheit schützen und gewährte dazu Krankengeld. Der Gesichtspunkt der Kranken*behandlung* wurde erst mit dem Ansteigen der Ärztezahl praktisch realisierbar.

Nach §120 (1) 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gilt der *Versicherungsfall der Krankheit* als eingetreten, wenn ein regelwidriger Körper- und Geisteszustand vorliegt, der eine Krankenbehandlung notwendig macht. In allen Krankheitsfällen, bei denen durch ärztliche Behandlung einer drohenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht mehr begegnet bzw. eine Heilung der Krankheit nicht mehr herbeigeführt werden kann, wird der Patient als „Pflegetag“ eingestuft und aus der Krankenversicherung „ausgesteuert“.

Die Aussteuerung hat vor allem im Bereich der Psychiatrie große Bedeutung. Entsprechend der lange Zeit vorherrschenden Ansicht, psychisch Kranke könnten ohnedies nicht behandelt werden und würden lediglich eine Verwahrung benötigen (um zu verhindern, daß sie sich selbst oder anderen Schaden zufügen), wurde offen-

<sup>1</sup> Im Bericht über das Gesundheitswesen für das Jahr 1974, in dem auch psychiatrisch-neurologische Betten an allgemeinen Krankenhäusern erfaßt sind, werden insgesamt 5 180 409 Pflegetage ausgewiesen, eine Zahl, die in der gleichen Größenordnung (5 374 680) wie die Pflegetage in internistischen Betten liegt. Da aber Kosten nur in der genannten Publikation der Verbindungsstelle der Bundesländer ausgewiesen werden, beziehen wir uns hier auf die dort angeführten Zahlen.

**Pflegetag**

**Aussteuerung**

Nolten  
**Allg**  
Biologi  
Von Pr  
2., durc  
112 z. T.  
Pappbau  
(Menge)

Kappell  
**Allge**  
Von Sch  
Unter M  
J. Feicht  
B. Thurr  
1978. 234  
Pappban  
(Mengen)

Schütz/R  
**Bau u**  
**des m**  
Anatomie  
für Hörer  
nische As  
Von Prof.  
Rothschu  
16., neue  
366 z. T. m  
Kartoniert  
(Mengen)

Lippert  
**Anaton**  
Text und A  
Deutsche v  
Von Prof. I  
2., durchge  
472 Seiten,  
Pappband I  
(Mengen)

bar gar nicht an die Möglichkeit gedacht, die Finanzierung dieses Bereiches durch die Krankenkassen durchzuführen. Erst sehr spät, nämlich Ende der fünfziger Jahre, als aus den alten, von den Sozialabteilungen der Länder finanzierten „Heil- und Pflegeanstalten“ „Psychiatrische Krankenhäuser“ wurden, wurde die Finanzierung der stationären psychiatrischen Behandlung zumindest zum Teil von den Krankenkassen übernommen. Gleichwohl ist die alte pessimistische Einstellung gegenüber der Behandelbarkeit und Heilbarkeit psychischer Krankheiten immer noch dominant.

Die wenigen für Österreich offiziell publizierten statistischen Daten über den psychiatrischen Bereich scheinen auch auf den ersten Blick eine derartige pessimistische Einstellung zu rechtfertigen: Dem „Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich“ (1978) ist zu entnehmen, daß im Jahr 1976 nur etwas über 4 Prozent aller Zugänge in österreichischen Krankenanstalten in psychiatrische und neurologische Betten erfolgten, daß aber 18,7 Prozent aller Pflagestage in diesen Betten verbracht werden<sup>2</sup> und daß die durchschnittliche Verweildauer in diesem Bereich 91,60 Tage beträgt (alle Krankenanstalten: 19,97 Tage). Daraus wird zunächst deutlich, daß die stationäre psychiatrische Versorgung insgesamt betrachtet noch relativ stark durch das Problem der Chronizität geprägt ist. In der Prävalenzstudie von Katschnig und Mitarbeitern (1975 a) zeigt sich beispielsweise, daß über 30 Prozent aller Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern schon länger als 10 Jahre durchgehend stationär sind.

### **Pessimistische Einstellung unge-rechtfertigt**

Daß diese Zahl jedoch nur die eine Seite der Medaille darstellt, wird allzu leicht vergessen. Die zur Berechnung der durchschnittlichen Verweildauer in der Regel verwendete Susemihlsche Formel (Quotient Verpflegstage durch arithmetisches Mittel aus Zugängen und Abgängen) liefert kein Maß, das die hier notwendige differenzierte Sicht der Dinge ermöglicht. Durch einen derartigen einfachen Quotienten wird vielmehr verdeckt, daß es zwar einerseits Patienten gibt, die schon Jahre und Jahrzehnte hospitalisiert sind und die natürlich die gesamten 365 Tage eines Jahres im Krankenhaus anwesend sind (und wahrscheinlich auch noch mehrere Jahre zu der „hohen“ durchschnittlichen Verweildauer beitragen werden), daß andererseits die neu aufgenommenen Patienten im Schnitt nur wenige Wochen stationär sind (vgl. Katschnig und Mitarbeiter, 1975 a, s. u.).

Tatsache aber ist, daß sich die für die Finanzierung des Gesundheitswesens zuständigen Stellen noch weitgehend an überkommenen Vorstellungen und den genannten irreführenden statistischen Indikatoren orientieren: In vielen Bundesländern wird ein Großteil der heute in psychiatrische Behandlung aufgenommenen Patienten bereits nach wenigen Wochen aus der Krankenkasse „ausgesteuert“. Neben den nachteiligen sozialpsychologischen Folgen für den „ausgesteuerten“ Patienten und alle Beteiligten (es macht sich eine gewisse Hoffnungslosigkeit breit) ergeben sich als wichtigste Konsequenz, daß der „Ausgesteuerte“ die Behandlungskosten nunmehr aus eigenen Mitteln (als „Selbstzahler“) tragen muß oder, wenn dies nicht möglich ist, daß die Kostenübernahme durch Sozialhilfeträger (Sozialhilfeverbände bzw. Länder) aus öffentlichen Mitteln erfolgen muß. Diesen steht gesetzlich ein Rückgriffsrecht auf die Einkünfte (z. B. Renten und Pensionen) bzw. das Vermögen des Patienten und seiner Angehörigen zu.

Da die überwiegende Zahl der Patienten in österreichischen psychiatrischen Krankenhäusern (etwa zwei Drittel) ausgesteuert ist und also für diese Patientengruppe von den Krankenkassen keine Finanzierung geleistet wird, heißt dies, daß die psychiatrischen Krankenanstalten zu einem großen Teil von den Sozialabteilungen der

Länder fina  
Einrichtung  
daß sich d  
orientieren.  
Krankenhäu  
erschrecker  
ten Beispiel  
Administrati  
gesetzlichen  
kenhausaufr  
zuständigen  
wurde, und  
desländern e  
bewilligten B  
chenfalls um  
Ein Steuerung  
übernahmear  
der Berechtig  
Institution de  
träge des psy  
rien der Zuori  
von Bundeslar  
willkürlich. Al  
staltsärztlicher  
der Regel die F  
füllen dieses Fr  
sächliche Ents  
Fragen wie „Be  
lung, Aussicht z  
dens, Aussicht  
eine sinnvolle  
Eine mögliche  
rung entwickel  
trischen Versor  
sich in einem l  
(Aktenzeichen 3  
dung in „Behand  
gefall“ kann kür  
lich zur pflegeri  
stationäre Aufen  
erfolgt, liegt ein  
Definition drasti  
Krankenkasse ur  
dabei also kein  
Da die österreich  
richtliche Rechts  
meinsame Recht  
chende Auswirk  
einem Modellurt  
BRD herbeigefüh

<sup>2</sup> Im Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich werden die neurologischen und psychiatrischen Betten leider zusammen ausgewiesen, was die Verwendung dieser Daten zu Planungszwecken sehr einschränkt.

<sup>3</sup> Im Jahre 1978 betr  
rungsaufwand 5 95 M  
leistungen gedeckt.

es Bereiches durch  
er fünfziger Jahre,  
ierten „Heil- und  
die Finanzierung  
von den Kranken-  
tellung gegenüber  
mer noch domi-

n über den psych-  
tische pessimistische  
tswesen in Öster-  
4 Prozent aller Zu-  
neurologische Bet-  
zen verbracht wer-  
ch 91,60 Tage be-  
deutlich, daß die  
relativ stark durch  
von Katschnig und  
ent aller Patienten  
gehend stationär

rd allzu leicht ver-  
in der Regel ver-  
thmetisches Mittel  
wendige differen-  
ichen Quotienten  
e schon Jahre und  
Tage eines Jahres  
mehrere Jahre zu  
, daß andererseits  
nen stationär sind

itswesens zustän-  
und den genann-  
ndesländern wird  
nen Patienten be-  
ert“. Neben den  
n“ Patienten und  
t) ergeben sich als  
kosten nunmehr  
lies nicht möglich  
rbände bzw. Län-  
ch ein Rückgriffs-  
ögen des Patien-

hiatrischen Kran-  
Patientengruppe  
s, daß die psych-  
labteilungen der

und psychiatrischen  
szwecken sehr ein-

Länder finanziert werden<sup>3</sup>. Da sich das Sozialbudget der Länder traditionell von den Einrichtungen der öffentlichen Wohlfahrt für die Armen herleitet, ist es verständlich, daß sich die Leistungen aus diesem Etat in erster Linie an den Bedürfnisminima orientieren. Daß sich die personelle und materielle Ausstattung der psychiatrischen Krankenhäuser noch im Substandardbereich bewegt, liegt also auf der Hand. Wie erschreckend niedrig dieser Standard ist, konnte erst kürzlich an Hand eines konkreten Beispiels gezeigt werden (vgl. Forster und Pelikan, 1978 b).

Administrativ wird bei der Beurteilung, ob ein Patient aus dem Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden werden soll, wie bei jeder Krankenhausaufnahme vorgegangen: Aus dem psychiatrischen Krankenhaus wird der zuständigen Krankenversicherung mitgeteilt, daß ein Versicherter aufgenommen wurde, und um Kostenübernahme ersucht. Wie schon erwähnt, ist in vielen Bundesländern eine Kostenübernahme für etwa 6 bis 8 Wochen üblich. Vor Ablauf der bewilligten Behandlungsperiode muß vom psychiatrischen Krankenhaus erforderlichenfalls um eine Verlängerung der Kostenübernahme nachgesucht werden.

Ein Steuerungsmoment liegt nun darin, wie „großzügig“ die Bewilligung der Kostenübernahmeanträge seitens der Krankenkasse gehandhabt wird. Zur Überprüfung der Berechtigung der Anträge und zur Klärung strittiger Einordnungsfragen dient die Institution des „Einschauarztes“: Dieser soll die Berechtigung der Verlängerungsanträge des psychiatrischen Krankenhauses aus medizinischer Sicht prüfen. Die Kriterien der Zuordnung zu den Kategorien „Behandlungsfall“ und „Asylierungsfall“ sind von Bundesland zu Bundesland recht unterschiedlich und erscheinen bisweilen eher willkürlich. Als administrative Entscheidungshilfe dient dem Einschauarzt ein „anstaatsärztlicher Bericht“ in Form eines Fragebogens. Da die behandelnden Ärzte in der Regel die Fortsetzung der Kassenleistung befürworten, handelt es sich beim Ausfüllen dieses Fragebogens eher um eine Formalität mit geringem Einfluß auf die tatsächliche Entscheidung der zuständigen Krankenkasse. Inwieweit ein Psychiater auf Fragen wie „Besteht durch die (weitere) Anstaltspflege (Therapie) Aussicht auf Heilung, Aussicht auf Milderung des Leidens, Aussicht auf zeitweilige Besserung des Leidens, Aussicht auf Verhinderung der Verschlechterung des Leidens?“ überhaupt eine sinnvolle Antwort geben kann, soll hier nicht weiter diskutiert werden.

Eine mögliche Richtung, wie sich das Sozialrecht im Bereich der Krankenversicherung entwickeln könnte, damit eine Anhebung des Leistungsstandards der psychiatrischen Versorgung an die der körpermedizinischen Versorgung erfolgt, spiegelt sich in einem Urteil des Bundessozialgerichtes der BRD vom 10. Oktober 1978 (Aktenzeichen 3 RK 81/77) wider. In diesem Urteil wird die „klassische“ Unterscheidung in „Behandlungsfall“ und „Pflegefall“ praktisch aufgehoben. Von einem „Pflegefall“ kann künftig nur noch dann gesprochen werden, wenn jemand *ausschließlich* zur pflegerischen Betreuung im Krankenhaus untergebracht wird. Soweit der stationäre Aufenthalt *zumindest auch* zum Zwecke einer medizinischen Behandlung erfolgt, liegt ein „Behandlungsfall“ vor. Die Zahl der „Pflegefälle“ dürfte nach dieser Definition drastisch sinken, und beim „Behandlungsfall“ ist die Leistungspflicht der Krankenkasse ungeschmälert; die *Dauer* der Unterbringung im Krankenhaus bildet dabei also *kein Abgrenzungskriterium*.

Da die österreichische Sozialgesetzgebung auch die Gesetzgebung und höchstgerichtliche Rechtsprechung der BRD berücksichtigt — beide Länder haben eine gemeinsame Rechtstradition —, sind in den nächsten Jahren für Österreich entsprechende Auswirkungen zu erwarten. Unter Umständen könnte man prüfen, ob mit einem Modellurteil vor einem Höchstgericht eine Annäherung der Rechtslage an die BRD herbeigeführt werden kann.

**Einschauarzt**

**Aussteuerung ungerechtfertigt**

<sup>3</sup> Im Jahre 1978 betrug etwa im Nö. Landeskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie der Finanzierungsaufwand S 95 Millionen. Davon wurden nur S 19,5 Millionen, das sind 20,5 Prozent, durch Kassenleistungen gedeckt.

*Beispiel II: Der Pfllegetag als Leistungsbasis*

Bei der Ermittlung der Pflegegebühr für das jeweils folgende Budgetjahr aufgrund der Vorschriften des Krankenanstaltengesetzes (KAG) sind im wesentlichen nur die Betriebskosten anzusetzen. Die Gesamtkosten des jeweils folgenden Jahres geteilt durch die Anzahl der zu erwartenden Pfllegetage ergeben die Kosten je Pfllegetag. Dabei wird aufgrund der Erfahrungswerte der Vergangenheit ein bestimmter Auslastungsgrad unterstellt. Mag man auch als Betriebswirt über diese undifferenzierte Kalkulation nicht ganz glücklich sein, so ist sie doch gesetzliche Realität. Der Pfllegetag als Leistungsbasis ist aber sicher theoretisch und praktisch überholt.

**Chronische Unterdeckung der Spitalsausgaben**

Schwerwiegend wirkt sich auf die Finanzen der Spitalerhalter aus, daß die österreichische gesetzliche Krankenversicherung nicht in der Lage ist, mehr als etwa 60 Prozent der kalkulierten Verpflegskosten der Krankenanstalten insgesamt zu übernehmen. Damit ist eine chronische Unterdeckung der Spitalsausgaben quasi vorprogrammiert. Der Betriebsabgang (eigentlich ein Einnahmen-Unterschuß) wird in einem komplizierten Umlageverfahren (durch Spitalerhalter, Krankenanstaltensprengel bzw. Beitragsbezirk, Bundesland und Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds) abgedeckt.

**Bettenreduktion = Einnahmenreduktion**

Praktisch bedeutet dies etwa für Niederösterreich, daß die erzielten Pflegegebührensätze der Krankenkassen, die Ambulanzgebührenzuschläge und die Abgangsdeckungsbeiträge der Gemeinden, Spitalerhalter, des Landes und des Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds in einen gemeinsamen „Topf“, einfließen und von dort nach einem internen Verrechnungsschlüssel aufgeteilt werden. Sinkt nun durch eine sozialpsychiatrische Orientierung und die Verlagerung der psychiatrischen Versorgung auf ambulante Einrichtungen die vorangeschlagene Zahl der Pfllegetage im psychiatrischen Krankenhaus, so sinken auch die budgetierten Einnahmen: Der präliminierte Abgang wird überschritten, der finanzielle Rahmen wird gesprengt. In der Regel reicht der Druck des Spitalerhalters auf die Verwaltung der Krankenanstalt aus, daß im Krankenhaus selbst rigorose Sparmaßnahmen einsetzen, durch die das drohende Defizit kompensiert wird. Was das aber in den ohnehin schon im Substandardbereich befindlichen Krankenanstalten heißt, bedarf keiner näheren Erläuterung.

**Bettenreduktion = Verpflegstag teurer**

Gelingt es trotz dieser psychologischen und ökonomischen Zwänge — an ihnen sind in Österreich wohl schon viele gutmeinende Direktoren psychiatrischer Krankenanstalten gescheitert —, die Bettenzahl in einem psychiatrischen Krankenhaus durch sozialpsychiatrische Maßnahmen zu reduzieren, dann müssen die notwendigerweise zunächst gleichbleibenden Betriebskosten auf eine geringere Zahl von Betten aufgeteilt werden, was auf amtsdeutsch bedeutet, daß die „Verpflegskosten“ pro Bett steigen, daß also der einzelne „Verpflegstag“ teurer wird. Diese vordergründige Teuerung wird dann als ein Argument gegen die Reduzierung der Bettenzahl in psychiatrischen Krankenanstalten eingesetzt.

Die Argumentationslinien sind hier allerdings nicht einheitlich. Die Sozialhilfeabteilungen der Länder müßten eigentlich ein Interesse an der Reduzierung der Bettenzahl haben. Kann die Sozialhilfeabteilung eines Landes — sie trägt ja einen beträchtlichen Teil der Kosten der stationären psychiatrischen Versorgung — nämlich kostengünstige und patientengerechte Betreuungseinrichtungen außerhalb der psychiatrischen Krankenhäuser schaffen bzw. finanzieren und Patienten dorthin transferieren, wird sie vermutlich die Betreuung der „Pfllegefälle“ derartigen Institutionen übertragen, um damit das eigene Abteilungsbudget zu entlasten. Das psychiatrische Krankenhaus belastet dann aber, wie schon oben erläutert, wegen der erhöhten Verpflegkostensätze zusätzlich den gemeinsamen Krankenanstaltenfinanzierungstopf.

Komplizierend wirkt noch, daß für psychiatrische Patienten von den Krankenkassen nur Anstaltspflege und ambulante ärztliche Hilfe gewährt werden und daß die

**S**  
WEN  
GRÖ  
SICH

Wir planen und  
Substerilisation  
Medizinische A  
Schlüsselfertige  
Unser Erzeugun  
apparate, Kleins

VEREINIGTE EI  
AKTIENGESEL.  
Verkauf: A-1010  
Telefon: (0222) 6

**VERE  
NEU STAHL**

**Gesamtverrechnung**

neuartigen sozialpsychiatrischen Übergangseinrichtungen (Tagesstätten, Wohnheime usw.) im gegenwärtigen Leistungsrecht der Krankenkassen nur schwer unterzubringen sind (obwohl es schon Präzedenzfälle von Regelungen für spezielle Einrichtungen gibt).

Die Gefahr, die sich durch die verschiedensten Interessen derer, die Psychiatrie finanzieren oder finanzieren könnten, für eine Humanisierung und Reform der Psychiatrie ergibt, besteht darin, daß sachlich richtige Lösungen keine Realisierungschance bekommen, weil sich immer irgendein Kostenträger gegenüber einem anderen benachteiligt sieht. Dieser Gefahr könnte möglicherweise durch eine sachgerechte *Gesamtverrechnung* aller Leistungen in sämtlichen Institutionen der Betreuungskette begegnet werden. Abrechnungstechnisch und, dem zugrundeliegend, sozialversicherungsrechtlich ist dies allerdings im gegebenen System berufsständischer Krankenkassen mit fixierten Pflichtleistungen schwer zu realisieren.

*Beispiel III: Fehlende Leistungsstandards*

Selbst nach Eliminierung der genannten Ungerechtigkeiten und Ungereimtheiten im Finanzierungsbereich und bei Sicherstellung ausreichender Mittel ist eine humane und effiziente psychiatrische Versorgung keineswegs sichergestellt. Es muß vielmehr auch festgelegt werden, welche Leistungen mit einem gewissen Finanzierungsaufwand erbracht werden können und sollen.

**Definition von Leistungsstandards**

Diese Festsetzung von Leistungsstandards erscheint nicht nur aus humanitären Gründen geboten, wenngleich diese natürlich zunächst die vordringlicheren sind (vgl. Forster und Pelikan, 1978 b). Bei dem großen Nachholbedarf der Versorgung und dem dafür notwendigen enormen finanziellen Aufwand ist es verständlich, daß die geldgebenden Stellen Richtlinien für die Kosten der Herstellung eines minimalen bzw. optimalen Standards der stationären psychiatrischen Versorgung benötigen. Da natürlich auch hier der Grundsatz einer möglichst kostengünstigen Verwendung der Mittel gelten wird, ist eine Definition der genannten Leistungsstandards unausweichlich.

An sich ist dieses Problem ja nicht neu. In anderen „Dienstleistungsunternehmen“, wie etwa in der Hotellerie, ist es schon lange üblich, gewisse Bewertungen der Leistung verschiedener Hotels vorzunehmen, wobei sich direkte Beziehungen zu den Kosten der entsprechenden Leistungserbringung herstellen lassen. Es ist nicht einzu- sehen, warum eine Übertragung der in diesem Bereich gewonnenen Erfahrungen auf Krankenanstalten nicht möglich sein sollte, damit auch hier Leistungsvergleiche angestellt werden können und ein Ansporn bzw. Druck zur Erhöhung des Leistungsstandards entsteht.

**„Materielle“ Leistungen**

Zu den zu definierenden Leistungen gehört zunächst die Befriedigung grundlegender „materieller“ Bedürfnisse, wie z. B. entsprechende Ernährung, Möglichkeit der Körperpflege oder die „Möglichkeit, unter verschiedenen Arten sauberer, gefälliger und der Jahreszeit entsprechender Kleider wählen zu können“, wie es ein Gerichtsurteil über die Mindeststandards in den psychiatrischen Anstalten des amerikanischen Bundesstaates Alabama formuliert. „Für jeden Patienten soll es geben“, so heißt es in diesem Urteil weiter: „ein bequemes Bett mit angemessenem Wechsel der Bettwäsche, einen abschließbaren Schrank, einen Stuhl und einen Nachttisch“ (vgl. Kunze 1976).

**„Psychologische“ Leistungen**

Über diese und ähnliche materielle Grundleistungen, die eine menschenwürdige Umgebung garantieren sollen, hinaus, ist es notwendig, auch grundlegende psychologische Bedürfnisse zu befriedigen, wie etwa das Recht auf eine private Sphäre einerseits, die Möglichkeit zu Sozialkontakten andererseits. Auch entsprechende Beschäftigungsmöglichkeiten und Einrichtungen zur sinnvollen Gestaltung der Freizeit sind anzubieten. Neben entsprechender architektonischer Gestaltung ist zur Befriedigung dieser psychologischen Bedürfnisse auf jeden Fall ein erhöhter Personal-

einsatz  
ven Za  
rung de  
bildete  
stungsc  
Die Dei  
über die  
gehend  
Minimal  
leuten st  
Bewahru  
erbracht  
psychiatr  
Evaluatio  
noch gan  
liche Aufg  
gleitender  
unter vers  
die Erkenn  
telbar auf  
In diesem  
es notwen  
durch laufe  
stiken zu sic  
mal die Zahl  
ausgewieser  
Österreich je  
Transparenz  
zwischen Ko  
aber bereits  
stungen im st  
Bekanntnisse  
sich daran abl  
dards beginne  
Pelikan, 1978

**AUSBLICK**

In Österreich b  
sorgung der Bev  
die Sanierung c  
Die Probleme, c  
Vereinigten Staa  
Verwaltung des  
häuser drastisch  
Hinblick auf Wc  
Da nun Alabama  
nanziellen Mittel  
sich daher, die Pa  
einerseits die Lage  
lich verbesserte, o  
tienten überstürzt  
Der an sich gut ge  
vielleicht mit einer

gesstätten, Wohn-  
nur schwer unter-  
n für spezielle Ein-

er, die Psychiatrie  
; und Reform der  
eine Realisierungs-  
genüber einem an-  
durch eine sachge-  
tionen der Betreu-  
grundlegend, so-  
berufsständischer  
ren.

ngereimtheiten im  
l ist eine humane  
t. Es muß vielmehr  
Finanzierungsauf-

aus humanitären  
dringlicheren sind  
rf der Versorgung  
s verständlich, daß  
g eines minimalen  
orgung benötigen.  
igen Verwendung  
standards unaus-

igsunternehmen“,  
wertungen der Lei-  
ziehungen zu den  
Es ist nicht einzu-  
nen Erfahrungen  
istungsvergleiche  
höhung des Lei-

zung grundlegen-  
Möglichkeit der  
überer, gefälliger  
es ein Gerichts-  
des amerikani-  
oll es geben“, so  
ssenem Wechsel  
inen Nachttisch“

enschenwürdige  
legende psycho-  
private Sphäre  
tsprechende Be-  
ltung der Freizeit  
ng ist zur Befrie-  
öhfter Personal-

insatz notwendig. Auch das Recht des Patienten, mit einem Minimum an restrikti-  
ven Zwangsmaßnahmen behandelt zu werden, läßt sich nur durch eine Vermeh-  
rung des Personals realisieren. Welche dieser Bedürfnisse mit wieviel und wie ausge-  
bildetem Personal erfüllt werden können, müßte Gegenstand der genannten Lei-  
stungsdefinition sein.

Die Definition der spezifischen medizinischen bzw. psychiatrischen Leistungen, die  
über die Erfüllung von Grundbedürfnissen hinausgehen, ist weltweit ein noch weit-  
gehend ungelöstes Problem. Allerdings gibt es im Ausland auch hier schon gewisse  
Minimalstandards in Form von Stellenplänen, die sich auf den Konsens von Fach-  
leuten stützen, daß spezifische psychiatrische Leistungen, die über die traditionelle  
Bewahrungspsychiatrie hinausgehen, ohne Einhaltung dieses Minimalstandards nicht  
erbracht werden können. Darüber, wie wirkungsvoll einzelne dieser spezifischen  
psychiatrischen Leistungen sind, besteht allerdings vielfach noch kein Konsens. Die  
Evaluation dieser Behandlungsmethoden, die gerade im Bereich der Psychiatrie  
noch ganz am Anfang steht, muß deshalb als eine gesundheitspolitisch vordring-  
liche Aufgabe betrachtet werden. In einer ersten Reformphase könnte mittels be-  
gleitender Forschungsvorhaben abgeklärt werden, welche Versorgungsmodelle sich  
unter verschiedenen gegebenen Umweltbedingungen bewähren. Schließlich sind ja  
die Erkenntnisse, die sich aus Modellen des urbanen Bereichs ergeben, nicht unmit-  
telbar auf eine großflächige Landregion zu übertragen und umgekehrt.

In diesem Zusammenhang scheint es überhaupt wichtig, darauf hinzuweisen, daß  
es notwendig ist, die erforderlichen Informationen für die Gesundheitsplanung  
durch laufende Forschungsvorhaben und später durch administrative Routinestatistik  
zu sichern. Es wurde ja schon darauf hingewiesen, daß in Österreich nicht ein-  
mal die Zahlen für die psychiatrische und die neurologische Versorgung getrennt  
ausgewiesen werden. Eine erste Verbesserung in diesem Bereich wird durch die in  
Österreich jetzt eingeführte Kostenstellenrechnung erreicht, durch die eine erhöhte  
Transparenz erzielt wird. Freilich wird damit zunächst noch keine direkte Beziehung  
zwischen Kosten und erbrachten Leistungen hergestellt. Auf jeden Fall könnte man  
aber bereits mit der Definition von Minimalstandards bei der Erbringung von Lei-  
stungen im stationären psychiatrischen Bereich beginnen. In welchem Ausmaß die  
Bekanntnisse von Politikern zur Psychiatriereform nur Lippenbekenntnisse sind, läßt  
sich daran ablesen, wie schnell sie mit einer derartigen Definition von Minimalstan-  
dards beginnen. Unterlagen dafür sind ja bereits vorhanden (vgl. z. B. Forster und  
Pelikan, 1978 b; Kunze 1976).

#### AUSBLICK

In Österreich besteht ein politischer Konsens darüber, daß die psychiatrische Ver-  
sorgung der Bevölkerung verbessert werden soll. Einen Teil dieser Verbesserung stellt  
die Sanierung der psychiatrischen Krankenanstalten dar.

Die Probleme, die sich dabei ergeben können, lassen sich an einem Beispiel aus den  
Vereinigten Staaten von Amerika gut demonstrieren: Ein Gerichtsurteil zwang die  
Verwaltung des Bundesstaates Alabama, den Standard der psychiatrischen Kranken-  
häuser drastisch zu verbessern. Die Mindestansprüche der Patienten wurden im  
Hinblick auf Wohnqualität, Behandlungsqualität und Betreuungsqualität definiert.  
Da nun Alabama einer der ärmeren Bundesstaaten in den USA ist, reichten die fi-  
nanziellen Mittel nicht aus, um die gerichtliche Auflage zu erfüllen. Man entschloß  
sich daher, die Patientenzahl drastisch zu reduzieren. Dies hatte zur Folge, daß sich  
einerseits die Lage der verbliebenen hospitalisierten Patienten schlagartig und deut-  
lich verbesserte, daß aber andererseits viele psychisch sehr schwer behinderte Pa-  
tienten überstürzt entlassen und einem ungewissen Schicksal ausgeliefert wurden.  
Der an sich gut gemeinte richterliche Spruch, dem in einem reicheren Bundesstaat  
vielleicht mit einer tatsächlichen Erhöhung des finanziellen Aufwandes für die sta-

**Medizinische  
und psychia-  
trische Lei-  
stungen**

**Evaluation  
psychiatri-  
scher Dienste  
und Einrich-  
tungen**

**Kostenstel-  
lenrechnung**

**Alabama**

## Klosterneuburg

tionäre psychiatrische Versorgung bei gleichbleibender Bettenzahl entsprochen worden wäre, hat den entscheidenden Fehler, daß er die stationäre psychiatrische Versorgung isoliert betrachtet.

Der extrem niedrige Standard der psychiatrischen Versorgung in Österreich hat zusammen mit der Information der Öffentlichkeit über ausländische Reformversuche in fast allen Bundesländern zu einer intensiven Beschäftigung mit diesen Fragen geführt, was sich in gewissen Reformvorstellungen niedergeschlagen hat. So sah etwa ein Zielplan für Niederösterreich vor, anstelle des überalteten und abgewohnten psychiatrischen Krankenhauses in Klosterneuburg Neubauten mit der gleichen Kapazität zu errichten. Demgegenüber ist es schon in den vergangenen 4 Jahren gelungen, den durchschnittlichen Bettenbelag von über 1000 auf weit unter 800 zu senken, und der neue Zielplan, der kurz vor der Publikation steht, sieht eine noch weitere Reduktion auf letztlich 550 durchschnittlich belegte Betten<sup>4</sup> vor.

Gegenüber dem ursprünglich geplanten Neubau ergibt sich damit eine Investitionersparnis von 50 Prozent. Stellt man in Rechnung, daß für den Bau eines psychiatrischen Krankenhauses pro Bett etwa 5 600 000 veranschlagt werden müssen (dies dürfte eine Minimalschätzung sein) und daß durch diese Bettenreduktion fast 500 Betten eingespart werden, dann wird drastisch demonstrierbar, um welche Rieseneinsparung es sich hier handelt.

Bedenkt man jedoch, daß eine qualitätsmäßige Verbesserung des stationären psychiatrischen Sektors nicht nur eine Verbesserung der baulichen Substanz und der architektonischen und Ausstattungsgegebenheiten bedeutet, sondern sich auch ganz wesentlich in entscheidender Vermehrung hochqualifizierten Personals niederschlagen muß, dann erscheinen die baulichen Investitionen relativ geringfügig. Es muß nämlich angenommen werden, daß sich bei entsprechender Besetzung mit qualifiziertem Personal die Betriebsausgaben für diesen Bereich etwa verdoppeln. Der Weg der Dezimierung eines 1000-Betten-Spitals auf 500 Betten, bedeutet deshalb konkret, daß man einen ansonsten notwendigen jährlichen Zusatzaufwand von etwa 100 Millionen Schilling vermeidet.

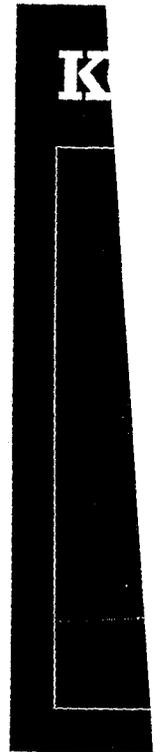
## Bettenreduktion

Es wird also deutlich, daß die Verringerung der Bettenzahl — trotz des durch die Berechnungsarithmetik entstehenden Eindruckes einer Verteuerung der Verpflegskosten bei der Reduzierung des Bettenbelages — den billigsten Weg darstellt, die heute in Österreich durch politischen Konsens abgestützten Reformabsichten in die Realität umzusetzen.

Die monatlichen Behandlungskosten eines akut psychisch Kranken betragen bei einem stationären Aufenthalt etwa 5 25 000. Diese Kosten schon nach wenigen Wochen, während die intensive Heilbehandlung noch andauert, der Sozialhilfe aufzubürden, bedeutet, eine Institution, die sich an einem zur Bewältigung des Lebens gerade ausreichenden Maß der Unterstützung orientiert, zu überfordern. Vier Wochen nach der Krankenhausaufnahme sind etwa noch ein Drittel aller Patienten stationär, zwei Jahre später sind es nur noch 2 Prozent (Katschnig und Mitarbeiter, 1979). Hier kann man wohl nicht einfach von einer Verwahrung chronisch Behinderter sprechen, denen die Sozialhilfe durch ihre Unterstützung das Existenzminimum garantiert. Hier finden offenbar noch Heilungs- und Genesungsprozesse statt, deren Zuordnung zum Zuständigkeitsbereich der Krankenkasse außer Zweifel stehen sollte.

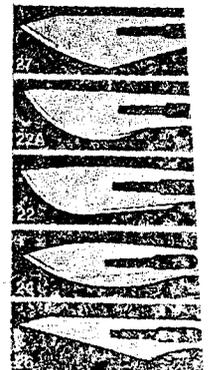
Das angestrebte Reformziel der Psychiatrie, eine bedarfsgerechte, patientengerechte und störungsgerechte Betreuung des Patienten zu sozial vertretbaren

<sup>4</sup> Bei einem Einzugsgebiet von 800 000 Einwohnern (Ost-Niederösterreich) ergibt dies einen Bettenschlüssel von knapp 0,7 je 1000 Einwohner. Dabei muß noch berücksichtigt werden, daß dann noch etwa 50 Betten von geistig schwerst behinderten Kindern von außerhalb des eigentlichen Einzugsgebietes, nämlich von West-Niederösterreich, belegt sein werden.



## Swann CHIRUR UND MI

...die erste Wahl für  
Das Swann-Morton  
und gewöhnlichem  
allgemein gebräuchl



## Psychiatrie- förderungs- gesetz

Kosten zu sichern, bedarf also im Finanzierungsbereich einer kritischen Überprüfung der derzeit gegebenen Steuerung der Patientenkarriere.

Als erster Ansatzpunkt scheint es notwendig, den heute gegebenen Möglichkeiten der therapeutischen Intervention bei psychischen Störungen voll Rechnung zu tragen. Diese Interventionen erfolgen in Form von regelhaften, sichtbaren, erlernbaren und auf Dauer zu sichernden Maßnahmen im medizinischen und sozialen Bereich. Das Leistungsrecht der Krankenkasse müßte auf diese modernen heute prinzipiell verfügbaren „Technologien“ im psychiatrischen Versorgungssystem abgestimmt werden. Die Durchgängigkeit von Maßnahmen in den Versorgungsketten ist sicherzustellen.

Die heutige Unterscheidung in eine „Zwei-Klassen-Psychiatrie“ wird bei der Rezipierung der bundesdeutschen Sozialrechtsentwicklung in Österreich mit hoher Wahrscheinlichkeit fallen und damit eine Gleichstellung der psychisch mit den somatisch Kranken im Leistungsrecht erleichtern.

Über die Abschaffung der Aussteuerung hinaus ist jedoch zu fordern, daß von den Krankenkassen nicht nur stationäre Aufenthalte und die Behandlung bei den niedergelassenen Nervenärzten übernommen werden, sondern auch die Aufenthalte in kostengünstigen Übergangwohnheimen sowie Tages- und Nachtkliniken getragen werden.

Stellt man auf der einen Seite die Ungerechtigkeit der Verteilung der finanziellen Lasten dar, muß man andererseits auf das Chaos bei den nicht von Krankenkassen honorierten Leistungen im psychiatrischen Bereich hinweisen. Wenn einzelnen Experten die Finanzierungsstruktur noch durchsichtig sein mag, so muß für den Patienten und seine Angehörigen, die für die vielen verschiedenartigen möglichen Leistungen der Sozialhilfe Anträge stellen müssen, das Dickicht der Bestimmungen undurchdringbar erscheinen. Komplizierend wirkt dabei der völlig unterschiedliche Ermessensspielraum in einzelnen Bestimmungen, der an Willkür heranreicht.

So unpopulär der Ruf nach einem neuen Gesetz auch sein mag, die Schaffung eines eigenen „Psychiatrieförderungsgesetzes“ erscheint uns der einzige Ausweg aus den vielen genannten Schwierigkeiten zu sein. Ein derartiges „Psychiatrieförderungsgesetz“ sollte ähnlich wie das Familienberatungsförderungsgesetz (Bundesgesetzblatt Nr. 80/1974) Einrichtungen lokaler, bedarfsgerechter Versorgungseinheiten bei Sicherung eines bestimmten Mindeststandards fördern. Ähnliche Förderungsmaßnahmen wurden etwa in den USA durch den „Community Mental Health Centers Act“ gesetzt (vgl. Armstrong, 1978). Ein derartiges Gesetz müßte einen „Rechtsanspruch“ des Patienten auf eine adäquate Behandlung, Rehabilitation und Wiedereingliederung beinhalten, der dadurch garantiert werden soll, daß nur solche Einrichtungen und Versorgungssysteme förderungswürdig sind, die eine entsprechende qualitativ hochstehende, effiziente und menschliche Versorgung anbieten. Notwendig wäre ein derartiges Psychiatrieförderungsgesetz schließlich auch deshalb, weil die derzeitigen legislativen Bestrebungen zu Neuregelungen auf dem Gebiet der Psychiatrie einseitig von den negativen Aspekten der zwangsweisen Unterbringung und der Entmündigung ausgehen. Ein Psychiatrieförderungsgesetz, das im Gegensatz dazu den Aspekt der Hilfe herausstreicht, wäre ein wichtiger gesundheitspolitischer Kontrapunkt zu den Reformbestrebungen der Legisten. Im einzelnen müßte ein derartiges „Psychiatrieförderungsgesetz“ auch das Finanzierungsdickicht durchforsten, um transparente Finanzierungsstrukturen zu schaffen. Die in dieser Arbeit aufgeworfenen strukturellen Finanzierungsprobleme zeigen, daß hier noch viel Arbeit investiert werden muß. Wir haben versucht, hier einige Kristallisationspunkte dieser notwendigen Denkarbeit anzubieten.

Die Zeiten der Aushungerung psychiatrischer Krankenhäuser sind endgültig vorbei. Die Qualität der psychiatrischen Versorgung wird auch in Österreich früher oder später den Standard westlicher Industriestaaten erreichen. Diese Entwicklung ist

nicht mehr zielter, ge-  
rascher un-  
nahen, hu-  
eigentlich  
soll, herrsch-  
verständlich  
dergrund s-  
schon für c-  
die Effizienz  
ten volksw-  
menschliche

## Literaturverzeichnis

- Armstrong, B.:  
Recommendations  
Bauer, M.: Sek-  
lag. Stuttgart,  
Bericht über c-  
Deutscher Bun-  
land — Zur p-  
Bevölkerung. B-  
Forster, R., und  
Kussion der psy-  
Forster, R., und  
gung und der A-  
Wien. Institut f-  
Katschnig, H.: Le-  
Aufbau 7/8 (19-  
Katschnig, H., un-  
— Aspekte der f-  
Katschnig, H., I. C-  
österreichischen  
heitswesen, Wien  
Katschnig, H., I. C-  
österreichischen E-  
heitswesen, Wien  
Kunze, H.: Bürger-  
ungsmäßige Mini-  
77—86  
Oswald, E.: Die R-  
Verbindungsstelle  
(Hrsg.): Die Kranke  
Zusman, J.: Design  
Psychiat. 21 (1969).

Anschrift der Verfasser:  
mann-Institut für Sozi-  
haus für Psychiatrie u

ischen Überprüfung

enen Möglichkeiten  
ill Rechnung zu tra-  
itbaren, erlernbaren  
nd sozialen Bereich.  
en heute prinzipiell  
ystem abgestimmt  
rgsketten ist sicher-

wird bei der Rezi-  
erreich mit hoher  
chisch mit den so-

dem, daß von den  
ing bei den nieder-  
die Aufenthalte in  
tkliniken getragen

der finanziellen La-  
Krankenkassen ho-  
r einzelnen Exper-  
für den Patienten  
glichen Leistungen  
nungen undurch-  
chiedliche Ermes-  
nreicht.

ie Schaffung eines  
Ausweg aus den  
strieförderungsge-  
Bundesgesetzblatt  
ngseinheiten bei  
Förderungsmaß-  
al Health Centers  
einen „Rechtsan-  
ion und Wieder-  
3 nur solche Ein-  
e entsprechende  
; anbieten. Not-  
h auch deshalb,  
auf dem Gebiet  
eisen Unterbrin-  
sgesetz, das im  
ichtiger gesund-  
en. Im einzelnen  
zierungsdickicht  
n. Die in dieser  
daß hier noch  
Kristallisations-

ndgültig vorbei.  
ich früher oder  
Entwicklung ist

nicht mehr aufzuhalten. Es wird dieser Standard umso früher erreicht werden, je gezielter, gerechter und geplanter die notwendigen Ressourcen eingesetzt werden, je rascher und konsequenter wir uns die Prinzipien einer dezentralisierten, gemeindenahen, humaneren und damit patientengerechteren Sozialpsychiatrie in des Wortes eigentlichster Bedeutung zu eigen machen. Darüber, daß Psychiatrie besser werden soll, herrscht Übereinstimmung. Daß sie damit auch teurer werden muß, ist selbstverständlich. Wie teuer uns Psychiatrie à la longue kommen wird, ist nicht vom Vordergrund steigender Verpflegskostensätze abzulesen. Ist der Verpflegskostensatz schon für die direkten Kosten der stationären Versorgung ein falsches Maß, weil er die Effizienz nicht berücksichtigt, so umso mehr für die noch viel größeren indirekten volkswirtschaftlichen Kosten. Schon gar nicht ist er ein Indikator dafür, ob menschliches Leid verringert wird. Und das sollte wohl das vordringlichste Ziel sein.

### Literaturverzeichnis

- Armstrong, B.: The Report of the President's Commission on Mental Health: A Summary of Recommendations. *Hospital & Community Psychiatry* 29 (1978), 468—474
- Bauer, M.: Sektorisierte Psychiatrie im Rahmen einer Universitätsklinik. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1977
- Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich für das Jahr 1976. Wien 1978
- Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland — Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn 1975
- Forster, R., und J. M. Pelikan: Fortschreibung oder Strukturreform? Ein Beitrag zur Reformdiskussion der psychiatrischen Versorgung in Österreich. *Soziale Sicherheit* 31 (1978 a), 61—68
- Forster, R., und J. M. Pelikan: Organisationsanalytische Untersuchung der Patientenversorgung und der Arbeitssituation des Personals im Psychiatrischen Krankenhaus der Gemeinde Wien. Institut für höhere Studien, Wien 1978 b
- Katschnig, H.: Leitlinien für eine sektorisierte psychiatrische Versorgung der Bevölkerung. *Der Aufbau* 7/8 (1974), 234—238
- Katschnig, H., und W. Berner: Von der geschlossenen Anstalt zur gemeindenahen Psychiatrie — Aspekte der Psychiatriereform. *Österreichische Krankenhaus-Zeitung* 5 (1979), 253—280
- Katschnig, H., I. Grumiller, R. Strobl: Daten zur stationären psychiatrischen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Teil I: Inzidenz. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien 1975 a
- Katschnig, H., I. Grumiller, R. Strobl: Daten zur stationären psychiatrischen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Teil II: Prävalenz. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien 1975 b
- Kunze, H.: Bürgerrechte psychiatrischer Patienten in den USA — Medizinische und verfassungsmäßige Minimalstandards für angemessene Behandlung. *Psychiatrische Praxis* 3 (1976), 77—86
- Oswald, E.: Die Rehabilitation in der Praxis. *Soziale Sicherheit* 32 (1979), 198—203
- Verbindungsstelle der Bundesländer beim Amt der Niederösterreichischen Landesregierung (Hrsg.): Die Krankenanstalten Österreichs. Statistik für das Jahr 1974. Wien 1976
- Zusman, J.: Design of Catchment Areas for Community Mental Health Services. *Arch. Gen. Psychiat.* 21 (1969), 568—573
- Anschrift der Verfasser: Dr. A. Riedl, Behindertendorf 4674 Altenhof/H.; Dr. H. Katschnig, Ludwig-Boltzmann-Institut für Sozialpsychiatrie, Spitalgasse 11, 1090 Wien; Dr. A. Marksteiner, Nö. Landeskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie, 3400 Klosterneuburg.