

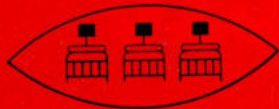
5

20. JAHRGANG

MAI 1979

P. b. b. Erscheinungsort Wien
Verlagspostamt 1170 Wien

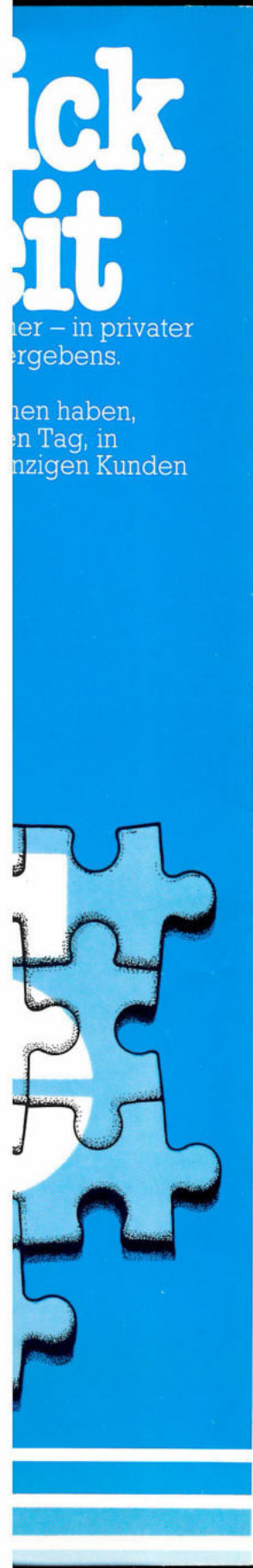
ÖKZ



Österreichische Krankenhaus-Zeitung

Gemeindennahe Psychiatrie





er – in privater
ergebens.
nen haben,
en Tag, in
nzigen Kunden

ÖSTERREICHISCHE KRANKENHAUS-ZEITUNG

FACHBLATT FÜR DAS GESAMTE KRANKENHAUSWESEN
Organ des Verbandes der Ärztlichen Direktoren und Primärärzte
Österreichs und der Arbeitsgemeinschaften der Verwaltungs-
leiter der Kranken- und Wohlfahrtsanstalten Österreichs

Aus dem Inhalt:

Nachrichten	242	
Von der geschlossenen Anstalt zur gemeindenahen Psychiatrie —		H. Katschnig —
Aspekte der Psychiatriereform	253	W. Berner
Der Arzt als Manager	281	M. Hofmann
Zur ärztlichen Schweigepflicht bei sogenannten „Gelegenheitskonsul- tationen“	289	G. Gaisbauer
Hauskrankenpflege als gesundheitspolitischer Faktor	291	Th. Bergmann

Herausgegeben als Organ für das gesamte Krankenhauswesen in Österreich unter ständiger Mitarbeit von Ärzten und Beamten des öffentlichen Sanitätsdienstes sowie der Krankenanstalten Österreichs.

Gründer: Alois Göschl; Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Dkfm. Dieter Göschl; verantwortlicher Redakteur: Erich Kaiblinger; alle 1170 Wien, Klopstockgasse 34, Tel. (0 22 2) 46 42 40. — Leitende Redakteure: Hofrat Rudolf M. Tornar, Vizepräsident der Europäischen Vereinigung der Krankenhausverwaltungsleiter, 3100 St. Pölten, Krankenhaus (Verwaltung, Krankenhausbetrieb); Prim. Dr. Alfred Karner, Ärztlicher Leiter des a. ö. Krankenhauses 3910 Zwettl (ärztliche Schriftleitung). — Schriftleiter der Rubrik „Küchenpraxis“: Biochemiker Ing. Max Marketan, 1190 Wien, Pfarrwiesengasse 23/508. — Inseratenannahme ausschließlich beim Verlag. Es gilt der Tarif 15/76. — Erscheint monatlich. — Jahresbezugspreis ab 1. 1. 1976 S 270,— (Ausland S 320,—), Einzelheft S 30,— (Ausland S 35,—). — Druck: Missionsdruckerei St. Gabriel, 2340 Mödling.

Unverlangt zugeschickte Manuskripte, denen kein Rückporto beiliegt, können nicht zurückgesandt werden. Namentlich gezeichnete Artikel sind als die persönliche Meinung des betreffenden Autors aufzufassen und unterscheiden sich u. U. von der Meinung des Herausgebers.

5 Mai 1979
20. Jahrgang

Verlag D. Göschl

A-1170 Wien

Von der geschlossenen Anstalt zur gemeindenahen Psychiatrie — Aspekte der Psychiatriereform

EINLEITUNG

Auch in Österreich ist die Psychiatrie in Bewegung geraten. Noch nie gab es so häufig Enqueten, Pressekonferenzen, Zeitungsmeldungen und öffentliche Diskussionen über die psychiatrische Versorgung wie in diesen Monaten. Ähnlich wie in vielen anderen Bereichen zeichnet sich auch auf diesem Gebiet eine internationale Entwicklung etwas verspätet in Österreich ab. Nach Anfängen in den fünfziger Jahren in Großbritannien, in den frühen sechziger Jahren in den USA und zu Beginn der siebziger Jahre in der Bundesrepublik Deutschland ist nunmehr auch in Österreich ein allgemeines Bewußtsein der Reformbedürftigkeit der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung entstanden.

Abgesehen von einigen Vorläufern dieser Diskussion², abgesehen von einigen „stillen“, zum Teil recht erfolgreichen praktischen sozialpsychiatrischen Bemühungen läßt sich erst seit zwei bis drei Jahren von einer breiteren Reformbewegung sprechen. Kennzeichnend für diese Entwicklung ist etwa die Einsetzung eines Beirates für Psychische Hygiene beim Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz, die erste bedeutendere öffentlich-politische Initiative, oder die Gründung der Arbeitsgruppe „Demokratische Psychiatrie“, einer informellen Gruppe aus Laien, Fachleuten und z. T. auch Patienten, die aus humanitären und politischen Motiven an der Reform der Psychiatrie interessiert sind und sich an dem vom italienischen Psychiater Basaglia initiierten Reformmodell in Triest orientieren.

Zwischen den beiden genannten Initiativen läßt sich eine Vielzahl ähnlicher Bestrebungen anordnen, die von den unterschiedlichsten offiziellen, halboffiziellen und privaten Gruppen getragen werden.

DREI ASPEKTE DER PSYCHIATRIEREFORM

Grundtendenz dieser Reformbestrebungen — wenn auch jeweils mit unterschiedlicher Akzentsetzung — ist es, die psychiatrische Versorgung in dem Sinne zu verändern, daß der Schwerpunkt nicht mehr auf der stationären Betreuung in geschlossenen, weitab vom Wohn- und Arbeitsplatz angesiedelten überdimensionierten psychiatrischen Krankenanstalten, sondern in gemeindenahen ambulanten und teilstationären Einrichtungen liegen soll.

Innerhalb dieser Reformbestrebungen lassen sich drei Aspekte der Psychiatriereform unterscheiden, die zum Teil im Sinne von aufeinanderfolgenden Phasen verstanden werden können. Der (auch historisch) *erste Aspekt* war und ist die *Kritik am psychiatrischen Großkrankenhaus*, die sich in einer Konzentration der Reformversuche auf das Krankenhaus selbst äußert oder — in blinder Verleugnung der Notwendigkeit stationärer psychiatrischer Betreuung — in der Forderung einer völligen Abschaffung der stationären Betreuung psychisch Kranker kulminiert.

Krankenhauskritik

¹ Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien (Vorstand: Univ.-Prof. Dr. P. Berner), Lazarettgasse 14, 1090 Wien.

² Ende 1973 veranstaltete die Österreichische Gesellschaft für Psychische Hygiene eine sehr gut besuchte Tagung mit dem Titel „Psychiatrie im Aufbruch“, in der ausländische Experten aus den USA, Großbritannien, Dänemark, der BRD und Jugoslawien die Reformmodelle in diesen Ländern vorstellten; Anfang 1974 erschien die erste österreichische Publikation über die Reform der psychiatrischen Versorgung im Sinne der Sektorisierung (Katschnig, 1974).

Sektorisierte Psychiatrie

Ein *zweiter Aspekt*, der in verschiedenen Ländern zu unterschiedlichen Zeitpunkten in den Vordergrund trat, besteht in der Planung eines Netzes komplementärer gemeindenah angesiedelter psychiatrischer Betreuungseinrichtungen stationärer, teilstationärer und ambulanter Art (Tageskliniken, geschützte Werkstätten, Übergangswohnheime, Dauerwohnheime, Kriseninterventionszentren usw.), möglichst im Rahmen eines überschaubaren geographischen Gebietes — eine Organisationsform, die unter dem Schlagwort „*sektorierte Psychiatrie*“ läuft (vgl. Zusmann, 1969; Katschnig, 1974; Deutscher Bundestag, 1975; Bauer, 1977; Forster und Pelikan, 1978 a). Dies ist der heutige Stand der offiziellen Diskussion in Österreich.

Soziale Infrastruktur

Wir möchten hier noch einen *dritten*, uns essentiell erscheinenden *Aspekt* der Psychiatriereform hervorheben, den der Berücksichtigung der sozialen Infrastruktur der „Gemeinde“, in der die „Betreuer“ die entlassenen Patienten unterstützen. Wegen des großen Nachholbedarfes besteht gerade in Österreich die Gefahr, daß sich die Psychiatriereform in baulichen und administrativen Maßnahmen erschöpft, die letztlich wieder nicht zu einer patientengerechten Versorgungssituation führen. Wenn etwa nicht mitbedacht wird, daß die rasche Entlassung von Patienten zurück in ihre Familien eine für die Angehörigen neue und belastende Situation bedeutet, die eigene unterstützende und therapeutische Maßnahmen erfordert, wenn nicht berücksichtigt wird, wie das Personal mit der ständigen Konfrontation mit Krisen und Belastungssituationen der Patienten in ihrem sozialen Umfeld fertig wird, dann wird sich die Qualität der Versorgung nicht bessern. Es ist aus ausländischen Erfahrungen bekannt, daß, sind die entsprechenden Maßnahmen nur halbherzig und etwa zuwenig Personal vorgesehen, Tageskliniken, geschützte Werkstätten und Wohnheime nicht automatisch zu einer besseren Betreuung der Patienten führen, sondern daß es hier zu ähnlichen Institutionalisierungseffekten wie in Großkrankenhäusern kommen kann. Die Kritik am psychiatrischen Krankenhaus und die Schaffung gemeindenaher psychiatrischer Einrichtungen allein, ohne Beachtung der Infrastruktur des sozialen Netzwerkes, in dem der Patient, seine Angehörigen und die Betreuer stehen, ist also nicht zielführend. Diese drei Aspekte der Psychiatriereform werden im folgenden unter den Überschriften:

- Reformaspekt I: Krankenhauskritik,
- Reformaspekt II: Sektorisierte Psychiatrie,
- Reformaspekt III: Soziale Infrastruktur

unter besonderer Berücksichtigung der österreichischen Situation besprochen.

REFORMASPEKT I: KRANKENHAUSKRITIK

Die Kritik am psychiatrischen Krankenhaus, wie sie neuerdings auch in Österreich immer wieder gehört wird, ist nichts Neues. Der Titel des kurz nach dem Zweiten Weltkrieg entstandenen Films „Schlangengrube“ (snake pit) ist zum Schlagwort einer moralisierenden Kritik an den unmenschlichen Zuständen in den psychiatrischen Anstalten geworden.

Inzwischen ist auch wissenschaftlich belegt, daß die Einrichtungen, die vorgeben zu helfen, auch zusätzlich Schaden stiften können: Wing und Brown (1970) konnten in einem Langzeitvergleich verschiedener psychiatrischer Krankenanstalten in Großbritannien belegen, daß die lethargische Atmosphäre auf einer psychiatrischen Station, gepaart mit Reglementierungen und Abnehmen von Entscheidungen, die Entwicklung einer sogenannten „Defektsymptomatik“ fördert. Affektive Verflachung und Antriebsverlust, schließlich Autismus treten dort wesentlich häufiger auf, wo das Eingehen auf persönliche Bedürfnisse fehlt — was in Großinstitutionen mit wenig Personal und vielen tausend Patienten notgedrungen die Regel ist. Uniformierte Kleidung etwa oder das Fehlen der Möglichkeiten, persönliche Habseligkeiten sicher

aufzubewahren, sind die bei psychiatrischen Veränderungsversuchen frühe Einsichten in c von Simon schon 1' auf derartige Erfahrungen psychiatrischen Krar Gemeinschaft, Patie Jones, 1952; Clark, 1 scher Anstaltsinsasse ebenfalls hier einzu Seit sich aber, beson daß die meisten psy sungsfähig wurden, innerhalb der Psych psychisch Gestörten zugewinnen. Die re für diese Richtung lä chiatric“ nur ungen. Doch nicht so sehr Patienten nach ihrer reform“; Goffmans (Anstalt als einer „to „Sozialpsychiatrie“ z Anstalten erschöpfte lassen werden sollte mismus ist inzwischen betrifft (vgl. Bewley „neue chronische“ f 1975).

Die Gefahr einer der, der nun nicht mehr der Krankenanstalten lichere Lebensbeding schen: Wie man au lassenen und nicht c körperlichen Erkrank Verbrechen, verwah und Gefängnissen (R In Österreich ist die eine Konzentration v wenige große Krank zeichnet. Die historis Ländern auch — dur zeichnender Gründe chisch gestörte und l Städten aufs Land in aber auch aus ökon dert Personen in eine es in der zweiten Hä annahm, man könne wahrungsfunktion au halb abgesondert, w

dlischen Zeitpunkten
komplementärer ge-
gen stationärer, teil-
kstätten, Übergangs-
sw.), möglichst im
eine Organisations-
(vgl. Zusmann, 1969;
Forster und Pelikan,
in Österreich.

inenden Aspekt der
sozialen Infrastruktur
ienten unterstützen.
eich die Gefahr, daß
aßnahmen erschöpft,
ungssituation führen.
von Patienten zurück
e Situation bedeutet,
erfordert, wenn nicht
frontation mit Krisen
feld fertig wird, dann
ausländischen Erfah-
nur halbherzig und
te Werkstätten und
der Patienten führen,
wie in Großkranken-
nhaus und die Schaf-
Beachtung der Infra-
Angehörigen und die
den unter den Über-

ation besprochen.

gs auch in Österreich
rz nach dem Zweiten
zum Schlagwort einer
den psychiatrischen

ngen, die vorgeben zu
wn (1970) konnten in
nstansten in Großbri-
sychniatrischen Station,
idungen, die Entwick-
tive Verflachung und
ufiger auf, wo das Ein-
tionen mit wenig Per-
ist. Uniformierte Klei-
Habseligkeiten sicher

aufzubewahren, sind typische Beispiele für Einflußfaktoren in den Großinstitutionen, die bei psychiatrischen Patienten zu zusätzlichen Schädigungen führen können. Veränderungsversuche *innerhalb* der Anstalten waren die ersten Reaktionen auf frühe Einsichten in die Schädlichkeit der lethargischen Anstaltsatmosphäre, und die von Simon schon 1929 in Gütersloh eingeführte Arbeitstherapie kann als Antwort auf derartige Erfahrungen verstanden werden. Auch Demokratisierungsversuche in psychiatrischen Krankenanstalten, die, wie z. B. im Konzept der therapeutischen Gemeinschaft, Patienten in Entscheidungsprozesse miteinbeziehen (Main, 1946; Jones, 1952; Clark, 1964), die Versuche, Laien als Helfer in die Betreuung psychiatrischer Anstaltsinsassen miteinzubeziehen (z. B. Kulenkampff, 1972), sind wohl z. T. ebenfalls hier einzuordnen.

Seit sich aber, besonders nach Einführung der Psychopharmaka, herausgestellt hatte, daß die meisten psychiatrischen Patienten nach kurzem Anstaltsaufenthalt entlassungsfähig wurden, entwickelte sich, in erster Linie im angloamerikanischen Raum, innerhalb der Psychiatrie eine Strömung, deren Ziel zunächst darin bestand, den psychisch Gestörten nicht abzusondern, sondern ihn für die Gemeinschaft zurückzugewinnen. Die recht treffende englische Bezeichnung „community psychiatry“ für diese Richtung läßt sich mit „Gemeindepsychiatrie“ oder „gemeindenaher Psychiatrie“ nur ungenau übersetzen.

Doch nicht sosehr eine aktive Zuwendung zu den Problemen psychiatrischer Patienten nach ihrer Entlassung kennzeichnete diese erste Phase der „Psychiatriereform“; Goffmans (1961) brillante und weitverbreitete Analyse der psychiatrischen Anstalt als einer „totalen Institution“ mag mit dazu beigetragen haben, daß sich „Sozialpsychiatrie“ zunächst vielfach in einer Feindschaft gegen die psychiatrischen Anstalten erschöpfte, die, etwa einem Plan der britischen Regierung folgend, aufgelassen werden sollten („to run down the mental hospital“). Der ursprüngliche Optimismus ist inzwischen verfliegen, zumindest was den Zeitplan dieses Unternehmens betrifft (vgl. Bewley und Mitarbeiter, 1975), nicht zuletzt auch deshalb, weil sich „neue chronische“ Patienten in den psychiatrischen Anstalten ansammeln (Wing, 1975).

Die Gefahr einer derartigen Politik ohne gleichzeitige Maßnahmen für die Betreuung der nun nicht mehr hospitalisierten psychisch Kranken und Behinderten außerhalb der Krankenanstalten besteht darin, daß diese Patienten vielfach in noch unmenschlichere Lebensbedingungen geraten als sie in den psychiatrischen Anstalten herrschen: Wie man aus amerikanischen Erfahrungen weiß, leiden die einfach entlassenen und nicht oder schlecht nachbetreuten Patienten wesentlich häufiger an körperlichen Erkrankungen, sterben relativ frühzeitig, sind häufiger die Opfer von Verbrechen, verwahrlosen in den Slums der großen Städte oder landen in Asylern und Gefängnissen (Rollin, 1977).

In Österreich ist die stationäre psychiatrische Versorgung der Bevölkerung durch eine Konzentration von vielen hundert, manchmal mehreren tausend Betten auf wenige große Krankenanstalten weit weg vom Wohnort der Patienten gekennzeichnet. Die historische Entstehung dieser Situation ist — ähnlich wie in anderen Ländern auch — durch eine Vielzahl in ihrer zeitlichen Abfolge nicht leicht nachzuzeichnender Gründe bedingt: einerseits durch den gutgemeinten Versuch, psychisch gestörte und kranke Personen aus den durch die „Zivilisation“ verdorbenen Städten aufs Land in eine angenehme grüne Umgebung zu bringen, andererseits aber auch aus ökonomischen Gründen, die ein Zusammenfassen von vielen hundert Personen in einer einzigen Institution nahelegten, besonders wenn man — wie es in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts der Fall zu sein begann — annahm, man könne hier nichts erreichen und müsse lediglich eine gewisse Verwahrungsfunktion ausüben. Schließlich wurden psychisch Kranke wohl auch deshalb abgesondert, weil man sie für gefährlich hielt, vielleicht auch deshalb, um

Veränderungen im Krankenhaus

Abschaffung des psychiatrischen Krankenhauses?

Fehlentwicklungen

Situation in Österreich

durch den Kranken nicht ständig an die Möglichkeit der eigenen „Entgleisung“ in den Wahnsinn erinnert zu werden.

In Österreich sind heute über 11 000 psychisch kranke Personen auf die Betten von nur 10 psychiatrischen Großkrankenhäusern konzentriert (die 3 psychiatrischen Universitätskliniken fallen wegen der geringen Zahl der verfügbaren Betten nicht ins Gewicht). Immerhin bedeutet diese Zahl, daß ein Siebentel aller tatsächlich in österreichischen Krankenanstalten aufgestellten Betten für die Psychiatrie Verwendung findet.

Es ist klar, daß die offiziell als psychiatrisch ausgewiesenen Betten nur ein Teil der tatsächlich für die stationäre psychiatrische Versorgung verwendeten Betten darstellen. Es ist bekannt, daß „leichtere“ Fälle psychiatrischer Störungen, um die Stigmatisierung als „psychiatrischer Patient“ zu vermeiden, in Neurologischen Abteilungen und Krankenhäusern Unterschlupf suchen und auch finden, daß viele Patienten in allgemeinen Krankenanstalten psychische Störungen aufweisen und daß Heime für chronisch Kranke eine beträchtliche Zahl von geistig Behinderten, schizophrenen und alkoholkranken Patienten mit einer zwar chronischen oder sozial wenig störenden Symptomatik beherbergen, jedoch nicht in den offiziellen Gesundheitsstatistiken aufscheinen, weil die meisten dieser Pflegeheime nicht den Status einer Krankenanstalt haben. In der von Katschnig und Mitarbeitern (1975 b) am 20. 6. 1974 durchgeführten Zählung von psychisch Kranken in den österreichischen psychiatrischen Krankenanstalten ergab sich eine Häufigkeit von 1,5 psychiatrisch hospitalisierten Personen je 1 000 Einwohner (Männer: 1,6/1 000, Frauen: 1,4/1 000). Mit dieser Ziffer liegt Österreich im gesamteuropäischen Spektrum im untersten Drittel, wie sich aus einer von der Weltgesundheitsorganisation durchgeführten Untersuchung ergibt (May, 1976; vgl. Abb. 1, S. 268).

In Österreich ist also ein kleinerer Teil der Bevölkerung als in den meisten europäischen Ländern psychiatrisch hospitalisiert. Es kann vermutet werden, daß es sich dabei um einen „harten Kern“ schwerer gestörter psychiatrischer Patienten handelt und daß in anderen Ländern auch eine mehr oder weniger große Gruppe nur leicht gestörter psychiatrischer Patienten hospitalisiert ist.

Die Kenntnis dieses Tatbestandes ist wichtig, wenn vorgeschlagen wird, ausländische Reformmodelle auf Österreich zu übertragen: Der immer als nachahmenswertes Vorbild herausgestrichene italienische Psychiater Basaglia, dem es gelang, die Anzahl psychiatrischer Betten in Triest innerhalb weniger Jahre um mehr als die Hälfte zu senken, fand, als er 1971 nach Triest kam, ein psychiatrisches Krankenhaus vor, das mit über 1 000 Betten für 300 000 Einwohner einen Bettenschlüssel von 3,5 je 1 000 Einwohner aufwies. Die Reduktion dieses Bettenschlüssels auf etwa 1,5 je 1 000 Einwohner im Jahre 1977 bedeutet also ein Senken auf den *derzeitigen gesamtösterreichischen Wert*. Freilich darf dabei nicht unerwähnt bleiben, daß es in Triest auch zu qualitativen Veränderungen gekommen ist, wobei neben den ambulanten Zentren und den Wohnmöglichkeiten für ehemalige stationäre Patienten außerhalb der Anstalt auch die Umwandlung des Status der größeren Zahl der noch verbliebenen psychiatrischen Patienten in „Gäste“ hervorzuheben ist, was mehr Freiheit und Selbstgestaltungsmöglichkeiten des eigenen Lebensraumes bedeutet. Von der Abschaffung der stationären Psychiatrie kann aber in Triest nicht die Rede sein.

In Österreichs psychiatrischen Anstalten (vgl. Katschnig und Mitarbeiter, 1975 b) sind 40 % der etwa 11 000 Betten mit schizophrenen Patienten belegt, 25 % mit geistig Behinderten. Dann folgen Patienten mit seniler Demenz (18 %) und Alkoholranke mit 11 %. Die anderen Diagnosegruppen spielen quantitativ eine geringere Rolle, Epilepsie mit 5 % und endogene Depression mit 4 % sind mit Abstand noch die häufigsten unter ihnen. Daß es sich bei dieser „Stichtagspopulation“ überwiegend um „chronische“ Patienten handelt, geht aus der Tatsache hervor, daß fast 60 %

Bettenbelag

Vergleich mit dem „Triester Modell“

Diagnosen an einem Stichtag

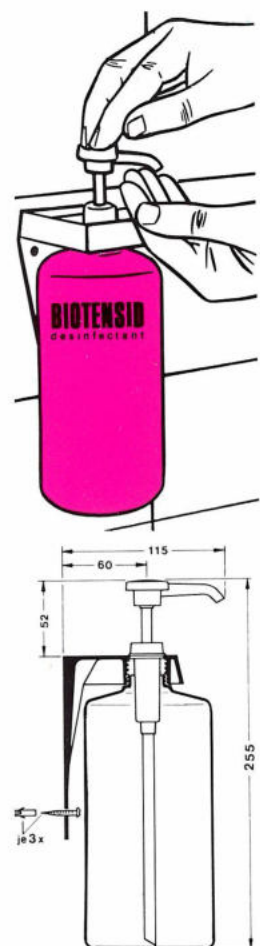
Bisherige Aufenthaltsdauer

als



Verlanger
der Blum:
um mehr
geringere
Personala

Großkücheneir
Salzburg, Mün:
Graz, St. Pete
Innsbruck, A



BIOTENSID SPENDER
 ausbaubare 1-Liter-Flasche
FORMEN:
 desinfizant
 und 6 x 1000 ml **NEU**
SCHONEND
PFLLEGEND

60-vol.-%iger n-Propyl-
 alkohol

BIOTENSID desinfizant

schon länger als zwei Jahre und 30 % bereits länger als 10 Jahre im gleichen Krankenhaus stationär sind. Wie zu erwarten, sind diese Zahlen für die Schizophrenie mit 45 % Patienten mit über 10jähriger Hospitalisation und geistige Behinderung mit fast 40 % Patienten mit über 10jähriger Hospitalisation besonders hoch.

Eine wesentliche Reduktion der Bettenanzahl in den psychiatrischen Krankenanstalten wäre, wie man aus den genannten Prozentsätzen sieht, nur dadurch zu erzielen, daß man einen nennenswerten Anteil „chronischer“ Patienten aus der Institution entläßt. Dies kann jedoch realistischerweise nur langfristig erreicht werden, einerseits wegen der großen Zahl zu schaffender alternativer Betreuungs- und Wohnplätze, andererseits wegen der sogenannten Institutionalisierungseffekte einer langen Hospitalisierung. Zu den bekannteren empirisch belegten Institutionalisierungseffekten, die in der Literatur unter dem Schlagwort „Hospitalismus“ abgehandelt werden, gehört der mit der Länge des Aufenthaltes abnehmende Wunsch, aus der Institution wieder entlassen zu werden (Wing & Brown, 1970), sodaß sich eine Art Circulus vitiosus der „Chronizität“ ergibt.

Hier erfolgreich zu sein erfordert viel Geduld und Anstrengung in einem gezielten und behutsamen therapeutischen und rehabilitativen Vorgehen, wobei es auch gewisse „natürliche“ Grenzen zu geben scheint, wie das Triester Beispiel zeigt: Entgegen dem ursprünglichen Plan, das psychiatrische Krankenhaus ganz zu schließen, hält sich heute noch ein beträchtlicher Teil von Patienten — wenn auch mit dem Status „Gäste“ — im Krankenhaus auf, die sich an das Leben in der Institution so gewöhnt haben, daß die Alternative des Lebens „draußen in der Gemeinde“ zumindest vorläufig noch gemieden wird.

Wenn man erfährt (vgl. Forster & Pelikan, 1978 b), daß etwa die Verpflegssätze, die Personalschlüssel oder die hygienischen Verhältnisse in psychiatrischen Krankenanstalten Österreichs weit unter dem gesamtösterreichischen Standard allgemeiner Krankenanstalten liegen, dann wird aus dem Gesagten klar, daß die rasche Verbesserung der Lebensqualität innerhalb der psychiatrischen Krankenhäuser integraler Bestandteil einer Psychiatriereform in Österreich sein muß.

Man darf sich über dieses große Problem der chronischen Patienten in den psychiatrischen Krankenhäusern durch Ziffern über Aufnahme und rasche Entlassung keineswegs täuschen lassen, wenn man ein realistisches Bild von der stationären psychiatrischen Versorgung in Österreich erhalten möchte.

In einer Untersuchung über die Aufnahmen und Entlassungen in den psychiatrischen Krankenhäusern und psychiatrischen Universitätskliniken Österreichs (Katschnig und Mitarbeiter, 1975 a) ergab sich, daß von den etwa 25 000 im Laufe eines Jahres in stationäre psychiatrische Behandlung kommenden Österreichern über 50 % vier Wochen später bereits wieder entlassen sind. Zwei Jahre nach der Aufnahme sind überhaupt nur noch 2,5 % aller aufgenommenen psychiatrischen Patienten stationär (vgl. Abb. 2, S. 269).

Wenngleich sich die Kurven der Retentionsquoten für verschiedene diagnostische Gruppen in ihrem zeitlichen Verlauf unterscheiden, so ist das Endresultat nach zwei Jahren für alle Diagnosen ziemlich ähnlich. Freilich wird ein Großteil der so rasch entlassenen Patienten nach relativ kurzer Zeit wieder aufgenommen: von allen Aufnahmen in die psychiatrischen Krankenanstalten und Universitätskliniken Österreichs sind 40 % bereits wiederholte Aufnahmen. Für dieses Phänomen, für das auf der einen Seite (rasche Entlassung) die Therapie akuter Zustände mit Psychopharmaka, auf der anderen Seite (rasche Wiederaufnahme) mangelnde Nachbetreuung nach der Entlassung verantwortlich ist, wurde der Begriff „Drehtür-Psychiatrie“ geprägt.

Auch die Diagnosenverteilung der Aufnahmen ergibt ein wesentlich anderes Bild als bei der „stationären“ Population: Bei einem Viertel aller Aufnahmen wird die Diagnose Alkoholismus gestellt, wobei es starke regionale Unterschiede gibt: In einem

Verbesserungen innerhalb der Krankenanstalten

Aufnahmezahlen

Aufenthaltsdauer

„Drehtür-Psychiatrie“

Diagnosen der Aufnahmen

psychiatrischen Krankenhaus Niederösterreichs sind bei den Männern über 50 % aller Aufnahmen Alkoholiker. Mit einigem Abstand (zwischen 15 und 18 %) folgen dann die Diagnosen „Schizophrenie“, „organische Demenz“ und „endogene Depression“. Da Alkoholiker relativ rasch entlassen werden (vgl. Abb. 2), ist ihr Anteil an der stationären Population mit 10 % trotz der hohen Aufnahmezahlen recht gering. Das Gegenbeispiel sind die geistig Behinderten: In der Aufnahmepopulation nur mit 6 % vertreten, führen sie durch das Erkrankungsalter während der Jugend und die dementsprechend langen Aufenthaltsdauern zu einem sehr großen Anteil an der „stationären“ Population, der etwa in der Gruppe der Unter-30jährigen bei den Männern sogar 70 % ausmacht.

Die heutige Situation in den psychiatrischen Großkrankenhäusern Österreichs läßt sich also so charakterisieren: Der überwiegende Anteil von Betten wird von „chronischen“ Patienten belegt, die sich bereits seit Jahren, zum Teil seit Jahrzehnten, in stationärer Behandlung befinden. Ein nur relativ geringer Bettenanteil steht tatsächlich für Akutaufnahmen zur Verfügung, die nach relativ kurzer Aufenthaltsdauer wegen der heute allgemein üblichen aktiv therapeutischen Maßnahmen in der Akutpsychiatrie wieder entlassen werden. In diesem groben Rahmen haben verschiedene diagnostische Gruppen jeweils ein spezifisches „stationäres Schicksal“, das bei einer Psychiatriereform in differenzierter Weise Berücksichtigung finden muß. Die Leugnung des Phänomens „psychische Krankheit“ und der mit ihr einhergehenden Behinderung durch manche Psychiatriekritiker impliziert auch die Leugnung der genannten Differenzierung und kann deshalb den Bedürfnissen psychisch Kranker und psychisch Behinderter nicht gerecht werden.

Zwangsaspekte

Versuche, die Psychiatrie zu reformieren, haben noch mit einer weiteren Schwierigkeit zu kämpfen, durch die sich die psychiatrische Versorgung von der allgemeinen medizinischen Versorgung unterscheidet: Durchschnittlich 94 % aller an einem Stichtag in psychiatrischen Krankenanstalten Österreichs befindlichen Patienten sind nicht freiwillig dort (Katschnig und Mitarbeiter, 1975 b). Wie Vergleichszahlen aus dem Ausland zeigen — in Großbritannien sind etwa 90 % aller psychiatrischen Patienten freiwillig aufgenommen — handelt es sich dabei um kein „Naturgesetz“. Wenngleich in dem einen oder anderen Fall und bei bestimmten Diagnosen häufiger als bei anderen die Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit fehlen mag und Selbst- und Fremdgefährlichkeit zumindest zeitweise gegeben ist, sind doch auch Faktoren, wie das Image der Psychiatrie, die Einstellung der Öffentlichkeit psychisch Kranken gegenüber und die Verfügbarkeit von alternativ ambulanten und teilstationären Einrichtungen dafür entscheidend, wie leicht sich jemand zu seiner Störung bekennen kann und eine Behandlung freiwillig akzeptiert. In Österreich ist dies offenbar nur in einem sehr geringen Ausmaß der Fall, eine Tatsache, die eine Reform und Humanisierung der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung zusätzlich erschwert.

REFORMASPEKT II: SEKTORISIERTE PSYCHIATRIE

In manchen Ländern hat es schon vor der massiven öffentlichen Kritik an den Zuständen in den überdimensionierten psychiatrischen Krankenanstalten Versuche gegeben, psychiatrische Patienten für ein Leben in der Gemeinschaft zurückzugewinnen. So konnte etwa gezeigt werden, daß in manchen britischen psychiatrischen Anstalten schon vor der Einführung der Psychopharmaka ein Trend zu einer verstärkten Entlassung zu verzeichnen war, der in erster Linie auf eine *veränderte Einstellung des Personals* der Krankenhäuser zurückgeführt werden konnte. Die Möglichkeit aber, Entlassungen in größerem Ausmaß durchzuführen, ergab sich erst, als

MO

der du
80 % der



Ing.

Psychopharmaka	zu Beginn der fünfziger Jahre die antipsychotische Wirkung der Neuroleptika entdeckt wurde. Die Zahl der belegten Betten in den psychiatrischen Krankenanstalten fiel in der Folge in den USA und in Großbritannien (dort ist dieses Faktum gut dokumentiert) durch eine starke Zunahme der Entlassungen rasch ab.
„Community psychiatry“	Diese neuen Möglichkeiten führten zusammen mit der schon erwähnten Krankenhauskritik zur Entstehung einer neuen Bewegung, die in den USA als „community psychiatric movement“ bekannt geworden ist. Dort, wie auch schon einige Jahre früher in Großbritannien, wurden Kommissionen eingesetzt, die eine Neuordnung der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung regeln sollten. Diese Bemühungen schlugen sich in England 1959 in einem umfassenden Gesetz, dem „Mental Health Act“ nieder, in den USA wurde unter der Kennedy-Administration 1963 der sogenannte „Community Mental Health Centers Act“ beschlossen. Obwohl die beiden Gesundheitssysteme praktisch nicht vergleichbar sind — in England gab es seit Ende des 2. Weltkrieges einen nationalen Gesundheitsdienst, in den USA ist die ambulante und stationäre medizinische Versorgung weitgehend privat organisiert — drückt sich in beiden Gesetzeswerken eine ähnliche Haltung aus. In Großbritannien wie auch in den USA war es das Bestreben, die sogenannte „Drehtürpsychiatrie“ dadurch einzudämmen, daß man für entlassene psychiatrische Patienten die entsprechenden Nachsorgeeinrichtungen nahe am Wohn- und Arbeitsplatz schuf. Zunächst vorwiegend in städtischen Bereichen wurden in beiden Ländern Übergangseinrichtungen wie Tages- und Nachtkliniken und Wohnheime geschaffen, über die Patienten aus den psychiatrischen Großkrankenhäusern nach relativ kurzem Aufenthalt ins Leben „hinausgeschleust“ werden sollten. Bei Rückfällen sollten diese Einrichtungen als eine Art von „Auffangstation“ dienen, um eine nicht unbedingt notwendige stationäre Aufnahme zu verhindern.
England: Mental Health Act 1959	
USA: Community Mental Health Centers Act 1963	
Prävention und Nachsorge	Relativ spät erst wurde die in diesen Bestrebungen latente „Philosophie“ systematisch herausgearbeitet. Einer der wichtigsten Theoretiker dieser Art von „gemeindenaher Psychiatrie“ ist der Engländer Wing (1976), der ein Drei-Säulen-Modell der psychischen Behinderung entwickelt hat: Nach Wing geht es nicht an, psychiatrische Patienten einfach aus den Anstalten zu entlassen, man müsse vielmehr für die drei Lebensbereiche <i>Wohnen</i> , <i>Arbeit</i> und <i>Freizeit</i> differenzierte „Milieus“ zur Verfügung stellen, durch die es möglich ist, die Behinderung psychisch kranker Personen so lange auszugleichen, bis sie in dem einen oder anderen Bereich schon selbständig leben können.
Drei-Säulen-Modelle der psychischen Behinderung	
Abgestuftes Hilfeangebot	In jedem dieser drei Bereiche fordert Wing ein abgestuftes Angebot von Hilfen, die jeweils von der totalen 24-Stunden-Betreuung bis zu einem Beratungsangebot in Krisenfällen reichen sollten. Nur dadurch wäre es möglich, die Freiheit zur Selbstentfaltung und zur Selbstverantwortung nur so weit einzuschränken, wie es das jeweilige Krankheitsstadium tatsächlich erfordert. Ein verwirrter altersdementer Patient etwa, der nicht mehr in der Lage ist, selbst für seine Körperpflege oder seine täglichen Mahlzeiten zu sorgen, wird eine fast totale Betreuung rund um die Uhr benötigen. Eine alleinstehende, zeitweise von Selbstmordgedanken gequälte depressive Mutter wird etwa bei einer medikamentösen Behandlung voll für ihr Kind sorgen und allein wohnen können, jedoch vielleicht einmal wöchentlich Aussprachen mit einem Sozialarbeiter zur Unterstützung ihres Selbstwertgefühls benötigen.
Wohnen	Im Bereich des <i>Wohnens</i> sollte das Spektrum des Angebotes von der traditionellen Bettenstation im psychiatrischen Krankenhaus (ganztägige Bettruhe ist bei psychisch Kranken nur ganz selten erforderlich, etwa unter hohen Neuroleptikadosen) bis zu völlig freiem Wohnen in kleinen Wohngemeinschaften reichen. Dazwischen sollte es eine Anzahl „abgestufter“ Wohnmöglichkeiten mit abnehmender Betreuungsinintensität und damit zunehmender Selbständigkeit des Patienten geben. Die dem Spital ähnlichste Atmosphäre herrscht in sogenannten „Nachtkliniken“; Wohnheime in der Gemeinde können entweder durch ständig anwesendes Personal betreut wer-



Wirksame Ra

Als weltwei
nachprüfba
Verwaltungs

Klinikhygie
Gemeinsam r
die spezielle
Problem. Ger
licher Hinsich
Ihnen den ers
verschaffen s
Anruf genügt.

Die Adresse fü

den oder lediglich einige Male pro Woche Besuche von Psychiatern oder Sozialarbeitern erhalten. Allerdings wird nur ein Teil der schon seit Jahren und Jahrzehnten stationären psychiatrischen Patienten tatsächlich über diese Kette von Übergangseinrichtungen zu völliger Selbständigkeit gelangen können. Es muß deshalb auch auf den verschiedenen Stufen der Betreuungsintensität ein gewisses Kontingent von Dauerplätzen geschaffen werden.

Arbeit

Auch im Bereich der *Arbeit* ist eine solche Staffelung sinnvoll. Sie besteht darin, daß Einrichtungen vorhanden sind, die von fehlender Leistungsanforderung, etwa im Rahmen einer kreativ orientierten Beschäftigungstherapie, bis zu den in Arbeitsprozessen üblichen Leistungsanforderungen reichen. Auch hier sollte klar sein, daß für viele, besonders chronische Patienten, wahrscheinlich auf einer mehr oder weniger geringen Stufe der Leistungsanforderung haltgemacht werden muß. Mögliche Einrichtungen reichen von Beschäftigungstherapien in Krankenanstalten und Tageskliniken über Therapiewerkstätten mit Teilentlohnung und geschützten Werkstätten bis zu geschützten Arbeitsplätzen. Der therapeutische Nutzen eines durch Arbeit und Leistung gewonnenen Selbstwertgefühls kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Dabei ist allerdings zu bedenken, daß allzu forcierte berufliche Rehabilitation zu Rückfällen führen kann (vgl. Wing und Mitarbeiter, 1964).

Freizeit

Die mangelnde Fähigkeit zur selbständigen Gestaltung der *Freizeit* wiederum, besonders bei langfristig hospitalisiert gewesenen Patienten, kann eine psychische Behinderung darstellen, die ebenfalls Unterstützung und Rehabilitation erfordert. Diese Hilfestellungen können wieder gestaffelt werden von einem voll organisierten Freizeitprogramm für stationäre oder teilstationäre Patienten bis zu völlig selbständiger Gestaltung der Freizeit in Selbsthilfegruppen. Patientenklubs, in denen die Möglichkeit zur Unterstützung durch Fachpersonal besteht, nehmen hier gewissermaßen eine Mittelstellung ein.

Nichtpsychiatrische Berufe

Aus dem Gesagten sollte deutlich geworden sein, daß eine in diesem Sinn verstandene gemeindenähe Psychiatrie nicht mehr von Psychiatern allein angeboten werden kann und daß Sozialarbeiter, Beschäftigungstherapeuten, Berater des Arbeitsamtes, kurz, eine Vielfalt von nichtpsychiatrischen Berufen, für die Realisierung einer gemeindenahen Psychiatrie mittels der genannten Dienste und Einrichtungen ganz wesentlich sind.

Sektorisierung

Die Schaffung derartiger differenzierter unterstützender Einrichtungen kann nur dann zu einer sinnvollen Unterstützung des Patienten führen, wenn sie von ihm leicht erreicht werden können. Damit ergibt sich automatisch das Prinzip der „Sektorisierung“ bzw. der „Regionalisierung“, d. h. das Prinzip, derartige Einrichtungen in kleinen und überschaubaren geographischen Einheiten anzusiedeln. In Ländern, in denen dieses Prinzip bereits realisiert ist, schwankt die Größe derartiger „Sektoren“ zwischen etwa 50 000 und maximal 500 000 Einwohnern.

Leichte Erreichbarkeit von Hilfe

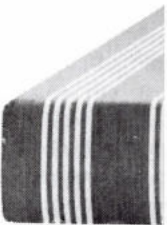
Zur Grundidee der Sektorisierung gehört auch, daß die in einem Sektor angesiedelten Institutionen, zu denen auch lokale stationäre Behandlungseinheiten zu zählen sind (etwa psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern³) eine Behandlungs- und Betreuungspflicht für die in diesem Gebiet wohnhaften Patienten übernehmen, sodaß das heute noch weit verbreitete „Abschieben“ in psychiatrische Großkrankenhäuser weit entfernt vom Wohnort des Patienten weitgehend unterbunden wird.

Behandlungsverpflichtung

³ Es muß sich hier um *rein psychiatrische* Abteilungen handeln, nicht um die in manchen Planungsüberlegungen geforderten gemischten psychosomatisch-psychiatrisch-neurologischen Abteilungen mit einer Gesamtgröße von etwa 60 Betten. Derartige „gemischte“ Abteilungen werden nach ausländischen Erfahrungen in erster Linie mit Patienten nach Schlaganfällen, psychosomatisch gestörten und neurotischen Patienten belegt, sodaß für die Entlastung und Dezentralisierung der eigentlichen psychiatrischen Versorgung von solchen Abteilungen dann keine Funktion übernommen werden kann. Die Mindestgröße einer derartigen rein psychiatrischen Abteilung an Allgemeinkrankenhäusern sollte etwa 90 bis 100 Betten betragen.

sen

Hj



SEMBELLA-Mat
Ersteres fällt in
Dutzende Spital



ser
Löst Pe

Innere Sektorisierung der Großkrankenhäuser

Freilich läßt sich ein derartiges, im Hinblick auf sämtliche Betreuungseinrichtungen völlig regionalisiertes psychiatrisches Versorgungssystem nur sehr langsam und schrittweise realisieren. Zunächst wird man wohl in den meisten Fällen ohne die Großkrankenhäuser nicht auskommen. Es empfiehlt sich deshalb, in einem ersten Schritt die geographische Sektorisierung von teilstationären und ambulanten Betreuungseinrichtungen „in der Gemeinde“ mit einer inneren Sektorisierung dieser Großkrankenhäuser zu verbinden. Diese Veränderungen werden noch durch eine heute allgemein akzeptierte Forderung nach einer Trennung der Versorgung bestimmter diagnostischer Gruppen (gerontopsychiatrische Patienten, Alkoholiker, geistig Behinderte) von der allgemeinspsychiatrischen Versorgung kompliziert. Diese Trennung wird damit begründet, daß diese Diagnosengruppen eine über das übliche psychiatrische Therapieangebot hinausgehende Aufmerksamkeit von Spezialdisziplinen erfordern, wie etwa gerontopsychiatrische Patienten von internistischer und orthopädischer Seite, geistig Behinderte von Sozialpädagogen, Alkoholiker und Drogenabhängige von Internisten und speziell psychotherapeutisch rehabilitativ geschulten Therapeutenteams. Teilweise werden stationäre Therapieangebote für diese Diagnosegruppen auf einer überregionalen Basis angeboten werden müssen. Ein erster Schritt zu dieser Spezialisierung im stationären Bereich könnte in einer Schaffung spezieller Abteilungen in den Großkrankenhäusern bestehen. — Ähnliche Überlegungen gelten für die kinderpsychiatrische und psychosomatische Versorgung und die stationäre Neurosenbehandlung.

Allgemeinversorgung und Spezialversorgung

Als Beispiel für ein Konzept einer stufenweisen Realisierung einer derartigen regionalisierten psychiatrischen Versorgung haben wir im Anhang das von uns 1976 entworfene Konzept über die sektorierte psychiatrische Versorgung der Wiener Bezirke Floridsdorf und Brigittenau beigefügt (vgl. Österreichische Krankenhaus-Zeitung, 3/78, S. 132), dessen Grundideen in den Zielplan über die psychiatrische und psychosoziale Versorgung in Wien eingegangen sind.

Negative Erfahrungen

Die negativen Erfahrungen mit dem „Community Mental Health Center“-Programm in den USA sollten jedoch vorsichtig stimmen: Die angestrebte Entlastung der großen psychiatrischen Krankenhäuser kam deshalb nicht zustande, weil sich die „Community Mental Health Centers“ in erster Linie auf die weniger schwer gestörten und behinderten Patienten konzentrieren und keine entsprechenden Nachsorgeprogramme für die schwerer behinderten Patienten anbieten, was in erster Linie an der fehlenden Kommunikation zwischen Großkrankenhaus und „Community Mental Health Center“ lag (vgl. Spiro, 1969). Viele regionalisierte psychiatrische Versorgungssysteme waren deshalb insuffizient, weil die Kooperation zwischen den verschiedenen Einrichtungen bzw. zwischen den Großkrankenhäusern und den ambulanten und teilstationären Einrichtungen nicht schon während ihrer Entstehung aktiv organisiert worden war.

Sektorisierung ist nur Minimalvoraussetzung

Eine sektorierte psychiatrische Versorgung der Bevölkerung mit Schaffung von entsprechenden ambulanten und teilstationären Betreuungseinrichtungen stellt eben nur die Minimalvoraussetzung und nicht die Garantie für eine optimale und patientengerechte Betreuung dar. Durch bauliche und administrative Maßnahmen allein können menschliche Interaktionssysteme nicht optimal funktionieren. Allein dadurch, daß die örtliche Distanz zwischen der Alltagsumgebung und den betreuenden Stellen verringert wird und die Institutionen wegen des beschränkten Einzugsgebietes kleiner sein können, ist eine effektivere und unbürokratische Betreuung noch lange nicht sichergestellt. Es ist nur eines der größten Hindernisse zur Erreichung dieses Zieles aus dem Weg geräumt. Was in dem so gegebenen Rahmen tatsächlich geschieht, ist weitgehend eine Frage der sozialen Infrastruktur des Betreuungssystems, die sich in weit geringerem Maße planerisch vorprogrammieren läßt und — im Sinne eines ständigen Lernprozesses — einer permanenten Anstrengung aller Beteiligten bedarf (Katschnig, 1974).

Diese Überlegungen zur Versorgung der Bevölkerung erfordern die mindest teilweise Infrastruktur in die

REFORMASPEKT I

Unter dem Begriff Psychiatriereform z. B. werden verschiedene Vorstellungen von der Zukunft der psychiatrischen Versorgung vorgebracht, die über den Status quo hinausgehen, aber auf der Ebene der Struktur und der Organisation der wichtigsten dieser Bereiche einteilen: Sie betreffen die ambulante Behandlung, die stationäre Betreuung psychiatrischer Patienten, die „Betreuer“, und die Finanzierung. In der „Gemeinde“, in der die Versorgung zurückkehrt, geht es um die weitere Öffnung der Versorgung für die Bevölkerung. Die Versorgung der Bevölkerung besteht gerade aus der Entlastung von Patienten, die in der „Gemeinde“ leben, die Bevölkerung allgemein zu nützen hier (Cumming, 1957) wird. Das System der „Betreuer“ in der Region, das den Allgemeinpraktikern, ambulanten und teilstationären Einrichtungen der kooperativen psychiatrischen Einrichtungen, den Belastungen innerhalb der Konkurrenz zwischen den Psychiatern und Psychologen, den Aufgaben, Problemen, Schwierigkeiten, und eine Reihe von Schwierigkeiten aus der Finanzierung und Finanzierungsmethoden von als gefährlich und in den Großkrankenhäusern entgegenstehen. Wenn diese und ähnliche „Gemeinde“ herrschen, wird die Versorgung nicht in der „Gemeinde“, dann müssen die Reformmöglichkeiten der Reformmöglichkeiten eine relativ große Rolle im folgenden besprochen werden. „Gesichtspunkte“ solche Bereiche zu betonen, umsetzbare Empfehlungen

reuungseinrichtungen
r sehr langsam und
isten Fällen ohne die
halb, in einem ersten
und ambulanten Be-
Sektorisierung dieser
den noch durch eine
der Versorgung be-
tienten, Alkoholiker,
ng kompliziert. Diese
n eine über das übli-
samkeit von Spezial-
en von internistischer
igen, Alkoholiker und
tisch rehabilitativ ge-
herapieangebote für
ten werden müssen.
eich könnte in einer
estehen. — Ähnliche
osomatische Versor-

er derartigen regiona-
s von uns 1976 ent-
gung der Wiener Be-
ne Krankenhaus-Zei-
ie psychiatrische und

h Center“-Programm
reichte Entlastung der
stande, weil sich die
niger schwer gestör-
rechenden Nachsor-
n, was in erster Linie
s und „Community
e psychiatrische Ver-
ration zwischen den
räusern und den am-
and ihrer Entstehung

it Schaffung von ent-
chtungen stellt eben
optimale und patien-
e Maßnahmen allein
tionieren. Allein da-
g und den betreu-
eschränkten Einzugs-
okratische Betreuung
findernisse zur Errei-
ebenen Rahmen tat-
struktur des Betreu-
programmieren läßt
inenten Anstrengung

Diese Überlegungen führen uns zum dritten Aspekt der Reform der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung, den wir als unabdingbare Voraussetzung für ein zumindest teilweises Gelingen dieser Reform ansehen: die Einbeziehung der sozialen Infrastruktur in die Planungsarbeit.

REFORMASPEKT III: SOZIALE INFRASTRUKTUR

Unter dem Begriff „Soziale Infrastruktur“ wollen wir einige Gesichtspunkte der Psychiatriereform zusammenfassen, die über die in Reformplänen der psychiatrischen Versorgung vorgesehenen baulichen und administrativen Maßnahmen insofern hinausgehen, als sie die konkrete Implikation einer derartigen Psychiatriereform auf der Ebene der sozialen Prozesse und ihrer Rahmenbedingungen reflektieren. Die wichtigsten dieser Probleme, die wir hier behandeln wollen, lassen sich in drei Bereiche einteilen: Sie betreffen a) die „Gemeinde“, in die ein Patient nach einer stationären Behandlung zurückkehrt, b) diejenigen Personen, die sich professionell mit der Betreuung psychiatrischer Patienten in der Gemeinde auseinandersetzen, also die „Betreuer“, und c) die finanziellen und rechtlichen Gegebenheiten, in deren Rahmen sich gemeindenaher Psychiatrie abspielen muß.

Zur „Gemeinde“, in die ein Patient nach einer stationären psychiatrischen Behandlung zurückkehrt, gehören u. a. in erster Linie seine Angehörigen, in zweiter Linie die weitere Öffentlichkeit. Der Fehler vieler administrativ verordneter Psychiatriereformen besteht gerade darin, daß nicht genügend mitbedacht wird, daß durch die Entlassung von Patienten aus psychiatrischen Krankenanstalten und ihre Behandlung „in der Gemeinde“ eine Belastung für die Angehörigen und eine Verunsicherung für die Bevölkerung allgemein entsteht. Einfache Appelle an Vorurteilsfreiheit und Humanität nützen hier nichts, wie man aus vielen Untersuchungen (z. B. Cumming & Cumming, 1957) weiß.

Das System der „Betreuer“ in der Gemeinde besteht einerseits aus den in der entsprechenden Region niedergelassenen Ärzten (besonders den Nervenärzten und den Allgemeinpraktikern), andererseits aus dem Personal der neu zu schaffenden ambulanten und teilstationären Einrichtungen. Dabei ergibt sich nicht nur das Problem der Kooperation zwischen den niedergelassenen Ärzten und gemeindenahen psychiatrischen Einrichtungen, sondern es kommt auch zu den verschiedenartigsten Belastungen innerhalb der gemeindepsychiatrischen Institutionen: professionelle Konkurrenz zwischen verschiedenen Berufsgruppen, wie Ärzten, Sozialarbeitern und Psychologen, teilweise kompliziert durch Rollendiffusion aufgrund von neuen Aufgaben, Probleme der Verankerung des Personals in verschiedenen Trägerinstitutionen, und eine Reihe anderer Probleme. Schließlich ergeben sich zusätzliche Schwierigkeiten aus der Tatsache, daß die herrschenden *rechtlichen Bestimmungen und Finanzierungsmodalitäten* an dem alten Modell der stationären Verwahrung von als gefährlich und zum Teil nicht mehr heilbar angesehenen Geisteskranken in Großkrankenhäusern orientiert sind und den neuen Bestrebungen zum Teil direkt entgegenstehen.

Wenn diese und ähnliche Probleme der „sozialen Infrastruktur“, die „draußen in der Gemeinde“ herrschen, bei der Planung einer Reorganisation der psychiatrischen Versorgung nicht in genügender Detailliertheit mitreflektiert und berücksichtigt werden, dann müssen die hier unter der Überschrift „sektorierte Psychiatrie“ skizzierten Reformmöglichkeiten scheitern, wenngleich zur ersten Orientierung und Information aller potentiell an einer Psychiatriereform beteiligten Personen und Institutionen eine relativ grobe Skizze einer Reformperspektive nützlich sein mag. Bei den im folgenden besprochenen Fragen handelt es sich nur um eine Auswahl von „infrastrukturellen“ Gesichtspunkten, wobei wir uns davon leiten ließen, in erster Linie solche Bereiche zu behandeln, für die es nicht allzu utopisch erscheint, in die Praxis umsetzbare Empfehlungen abzugeben.

„Gemeinde“

„Betreuer“

Rechtliche
und finan-
zielle Grund-
lagen

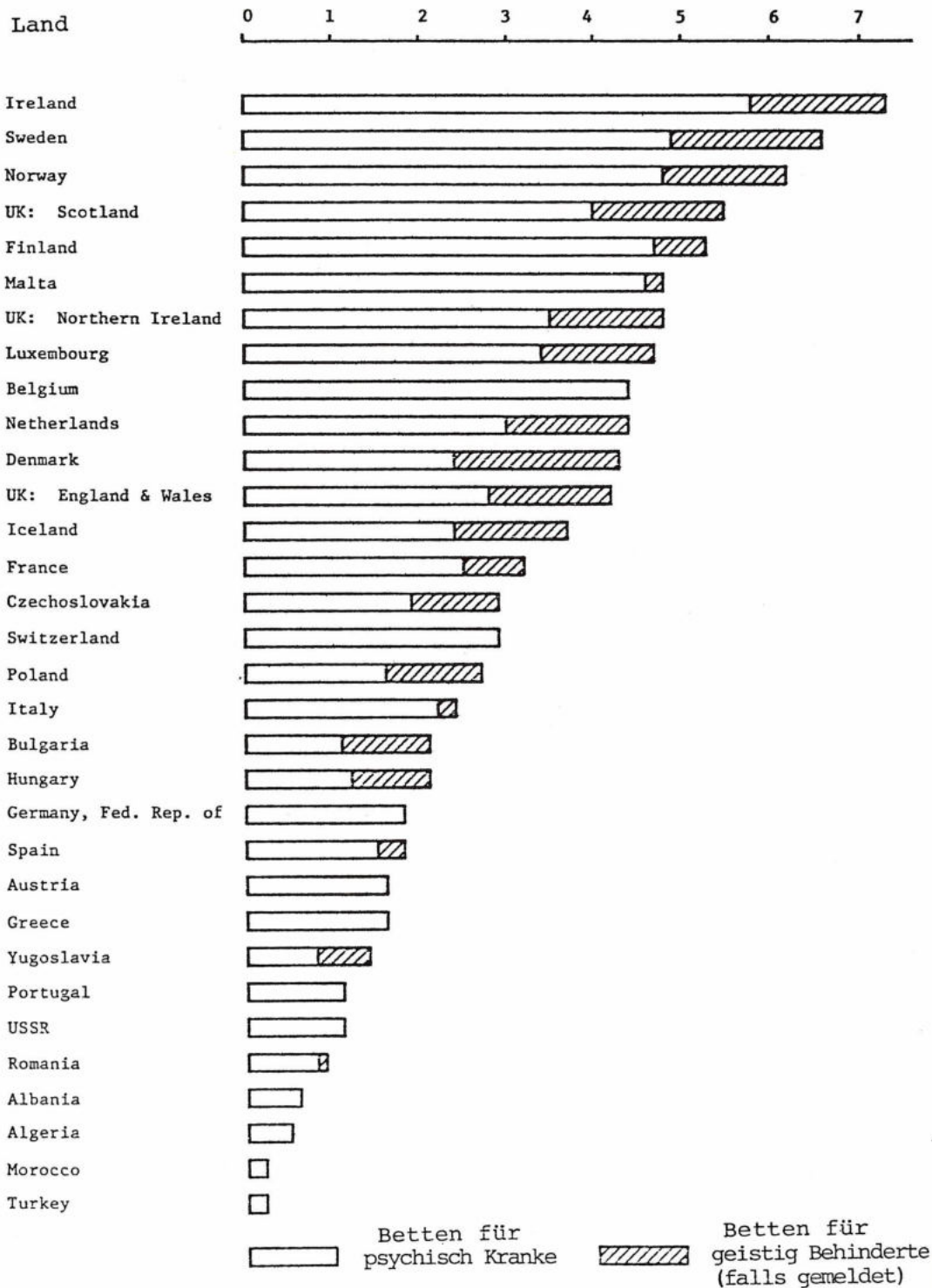
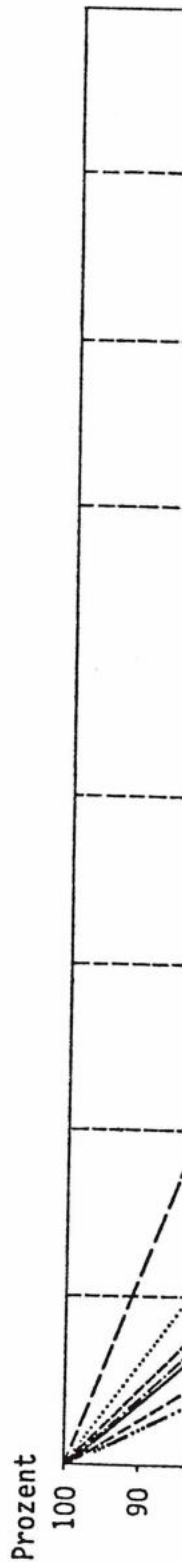
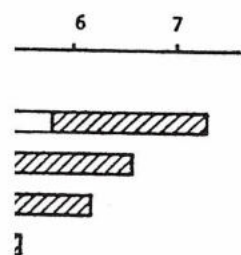


Abbildung 1: Gemeldete Anzahl von Betten in psychiatrischen Einrichtungen je 1000 Einwohner (May, 1976).





etten für
istig Behinderte
alls gemeldet)

00 Einwohner

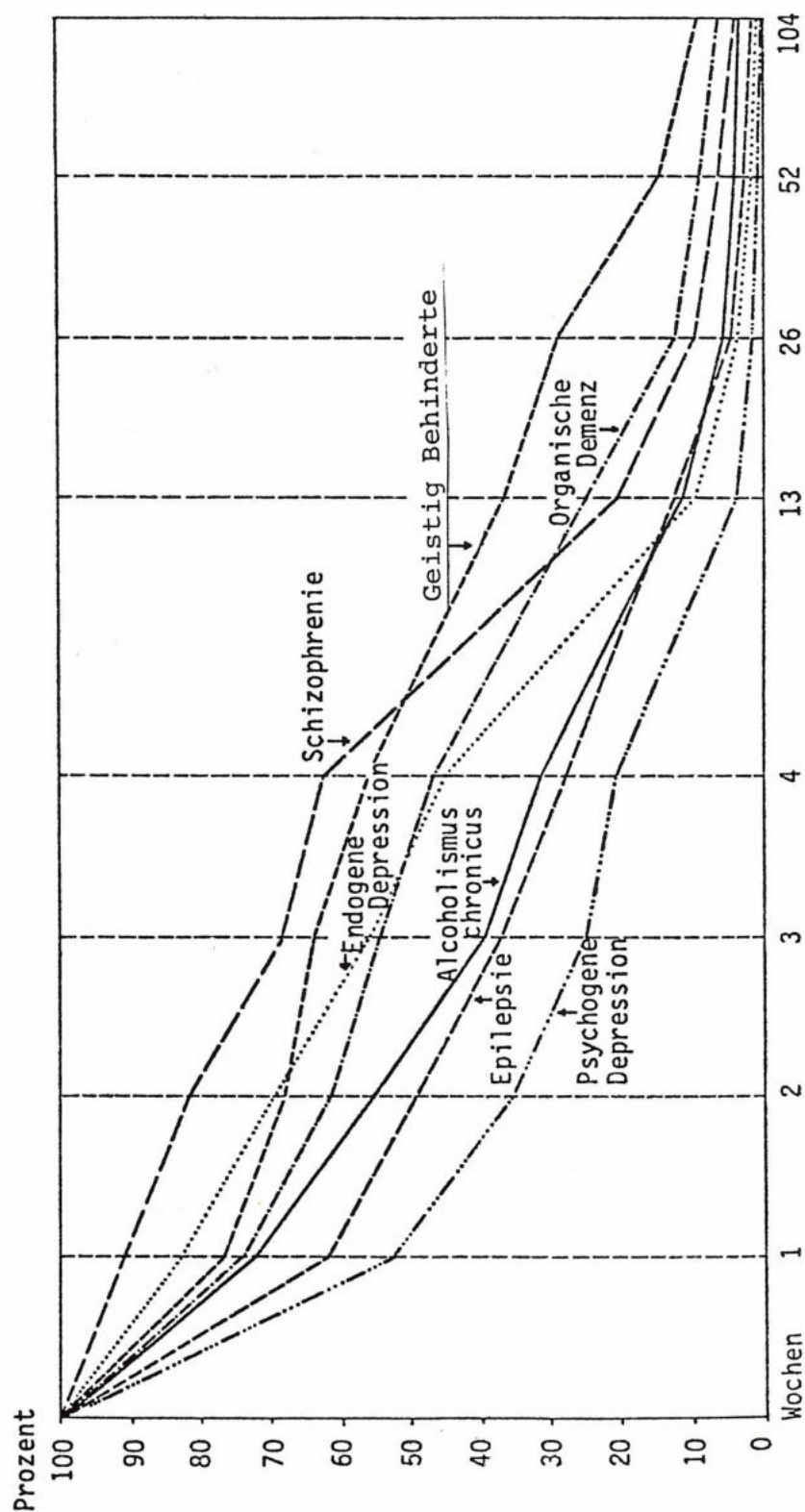


Abbildung 2: Prozentsatz der nach 1, 2, 3, 4, 13, 26, 52, 104 Wochen noch stationären Patienten nach ausgewählten Diagnosen (aus: Katschnig und Mitarbeiter, 1975 a, S. 84).

„Gemeinde“

Angehörige

Psychiatrische Patienten, die erstmals im Jugend- und jungen Erwachsenenalter erkranken (was z. B. für die Schizophrenie gilt), kehren, wenn sie aus den psychiatrischen Krankenhäusern entlassen werden, wieder in ihre Familien zurück. An die Belastung, die durch die Rückkehr eines Patienten aus dem psychiatrischen Krankenhaus für diese Familien entsteht, wurde lange Zeit nicht gedacht, bevor nicht wissenschaftliche Untersuchungen auf dieses Faktum mit Nachdruck hinwiesen (vgl. Grad & Sainsbury, 1968; Creer & Wing, 1977). Vielfach wurde durch die Betonung der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung lediglich der Schwerpunkt der Betreuung vom psychiatrischen Krankenhaus in die Familien verlagert, ohne daß diesen Familien adäquate Hilfe zuteil wurde. Auch die Schaffung von Wohnheimen und Tagesstätten allein bot hier keine Abhilfe, da Familien oftmals nicht wußten, wie und wann sie die Patienten dazu bewegen sollten, diese Einrichtungen aufzusuchen. Da nun diese Tatsache der Belastung der Familie genügend dokumentiert ist, wird es notwendig, hier direkte Hilfen zu bieten, wenn ein gemeindenahes psychiatrisches Versorgungssystem tatsächlich bessere Resultate, etwa im Sinne einer verminderten Rückfallsrate liefern soll (vgl. Katschnig, 1979). Zwar ist die Anerkennung der Aktivitäten von Selbsthilfegruppen von Angehörigen in verschiedenen Plänen, die zur Reform der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung publiziert werden, schon ein gewisser Schritt nach vorne, jedoch darf die Betonung dabei nicht einfach auf dem Wunsch liegen, die Angehörigengruppen mögen doch verstärkt selbst gewisse „Dienstleistungen“ erbringen. Demgegenüber wäre es wichtig festzuhalten, daß auch für die Angehörigen und Familien psychiatrischer Patienten eine adäquate fachlich-psychiatrische und soziale Hilfe zur Verfügung gestellt wird. Kürzlich durchgeführte Untersuchungen weisen etwa darauf hin, daß das Rückfallrisiko für Patienten in Familien mit emotional überengagierten Angehörigen wesentlich größer ist (Leff, 1977) und daß eine Langzeitmedikation mit Neuroleptika gerade in solchen Familien rückfallsprophylaktisch wirkt, während in anderen Familien, in denen eine nüchternere „Einstellung“ zum Patienten und seiner Krankheit vorherrscht, die Prognose der Erkrankung prinzipiell besser ist. Wenngleich diese Untersuchungen noch einer Bestätigung durch ähnliche Studien bedürfen, wird damit jedoch darauf hingewiesen, daß es gilt, die familiäre Situation nach Hause zurückgekehrter psychiatrischer Patienten differenziert in die Betreuungsüberlegungen einzubeziehen. Spezifische Abänderungen gruppentherapeutischen Vorgehens bei Patienten, die in einem Rehabilitationsprozeß stehen (Berner, 1973), familientherapeutische Maßnahmen (Kaufmann, 1975) oder Gruppentherapie für Angehörige (Schindler, 1957; Dörner, 1977) sind deshalb hier ernsthafter als bisher in Erwägung zu ziehen. Abgesehen von dem relativ geringen Angebot derartiger therapeutischer Maßnahmen, bleibt allerdings auch noch die Frage ihrer Finanzierung zu klären, da die Angehörigen selbst für die Krankenkassen ja keine „Patienten“ sind, aber doch professioneller Hilfe bedürfen. Die Bildung von Selbsthilfegruppen von Angehörigen, etwa nach dem Muster der englischen „National Schizophrenia Fellowship“ (vgl. Katschnig, 1977), die jetzt auch in Österreich entstehen, sollten gefördert werden, damit es zu einer deutlicheren öffentlichen Artikulation der bisher vernachlässigten Bedürfnisse dieser Gruppe kommt.

Öffentlichkeit

Das übliche Stereotyp vom Geisteskranken, der in den Augen der Laien nicht nur gefährlich ist (wie der Kriminelle auch), sondern darüber hinaus in einer unberechenbaren und nicht vorhersehbaren Weise gefährlich, stellt eines der wesentlichsten Hindernisse für die Einführung einer gemeindenahen Psychiatrie dar. Es ist allerdings bekannt, daß nicht nur ein konkretes abweichendes Verhalten als solches eine Ausschlußreaktion hervorruft, sondern das Wissen, daß eine Person bereits einmal in einer psychiatrischen Krankenanstalt behandelt wurde, daß also offenbar die Institutionen selbst an der Entwicklung des Stereotyps beteiligt sind (Stumme, 1974).

Es ist weiter bekannt wissenschaftlich bewaldelikte (Böcker, pulation, relativ wmeindenahe psychBevölkerung relativ wendig, mit „psychl nale Vorstellungen kussionen und Auf Vergleich zur direk dadurch, daß mar über die die Bevölktakt kommen kanr bracht wird.

Leider spielen die in der Bevölkerung des Bundesministe Wien an die Presse, ambulanzt mit Tage tive, die sich zum entzündete. Am 25 für Süchtige — Psy benaspekt der gepl. Bürgerinitiative (Kro Kurier vom 10. 3. 1 Psychoambulanz b mit dazu bei, daß d tionspolitik in diese gen an die Presse be deren Seite muß hi Gruppen gibt, die d und in einer gemein tion sehen, die — n erfüllt.

„Betreuer“

Der Übergang von e rehabilitativ vorgeh eine große zusätzlic ist das Personal in v deren Bezugsperson diese Arbeit insofern Arzt und Schwester, Krankenanstalten, d verlust eintritt. Diese nanziellen Remuner wider: die verschied anstalten traditionell len beim Wechsel z weg. Da derartige Z teressen großer Grup sein, hier Veränderu Zulage“ wäre in den Personal entsteht in

Erwachsenenalter er-
ie aus den psychiatri-
en zurück. An die Be-
chiatrischen Kranken-
icht, bevor nicht wis-
druck hinwiesen (vgl.
e durch die Betonung
Schwerpunkt der Be-
lagert, ohne daß die-
g von Wohnheimen
ftmals nicht wußten,
richtungen aufzusu-
nd dokumentiert ist,
eindenahes psychia-
a im Sinne einer ver-
r ist die Anerkennung
erschiedenen Plänen,
ng publiziert werden,
g dabei nicht einfach
h verstärkt selbst ge-
wichtig festzuhalten,
ienten eine adäquate
wird. Kürzlich durch-
ckfallrisiko für Patien-
wesentlich größer ist
ka gerade in solchen
milien, in denen eine
vorherrschte, die Pro-
ntersuchungen noch
jedoch darauf hinge-
gekehrter psychiatri-
zubeziehen. Spezifi-
tienten, die in einem
utische Maßnahmen
ndler, 1957; Dörner,
hen. Abgesehen von
rahmen, bleibt aller-
e Angehörigen selbst
fessioneller Hilfe be-
etwa nach dem Mu-
katschnig, 1977), die
i, damit es zu einer
en Bedürfnisse dieser

der Laien nicht nur
n einer unberechen-
; der wesentlichsten
e dar. Es ist allerdings
als solches eine Aus-
on bereits einmal in
o offenbar die Insti-
nd (Stumme, 1974).

Es ist weiter bekannt, daß das einfache „Aufklären“ der Bevölkerung darüber, daß wissenschaftlich belegt ist, daß psychiatrische Patienten keineswegs häufiger Gewaltdelikte (Böker & Häfner, 1973) begehen als eine vergleichbare Durchschnittspopulation, relativ wenig fruchtet. Man weiß aber auch, daß dort, wo derartige gemeindenahen psychiatrischen Einrichtungen bereits existieren, die Patienten von der Bevölkerung relativ widerspruchslos akzeptiert werden. Offensichtlich ist es notwendig, mit „psychisch Kranken“ tatsächlich in Berührung zu kommen, um irrationale Vorstellungen und Ängste abzubauen. Der Weg über lange theoretische Diskussionen und Aufklärungsversuche dürfte sich als der kompliziertere erweisen im Vergleich zur direkten Konfrontation der Bevölkerung mit psychiatrischen Patienten dadurch, daß man zunächst gemeindenahen psychiatrischen Einrichtungen schafft, über die die Bevölkerung dann möglichst breit mit psychiatrischen Patienten in Kontakt kommen kann oder durch entsprechende Öffentlichkeitsarbeit in Kontakt gebracht wird.

Leider spielen die Massenmedien bei der Aufschaukelung von irrationalen Ängsten in der Bevölkerung eine fördernde Rolle. So bewirkten etwa einfache Mitteilungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz und der Gemeinde Wien an die Presse, daß in Wien-Floridsdorf die Einrichtung einer Nachbetreuung-ambulanz mit Tagesklinik für psychiatrische Patienten geplant sei, eine Bürgerinitiative, die sich zum Teil an den unglücklich gewählten Überschriften der Zeitungen entzündete. Am 25. 1. 1978 unterstrich etwa der Kurier in einer Überschrift „Hilfe für Süchtige — Psychosoziales Zentrum in Floridsdorf“ einen unwesentlichen Nebenaspekt der geplanten Einrichtungen. Mit tendenziösen Schilderungen über diese Bürgerinitiative (Kronenzeitung vom 8. 3. 1978: „Eltern fürchten für ihre Kinder“ und Kurier vom 10. 3. 1978: „Große Aufregung in Floridsdorf — Eltern gegen Politiker — Psychoambulanz bei großem Schulviertel?“) trugen die Tageszeitungen sicherlich mit dazu bei, daß das ursprüngliche Projekt fallengelassen werden mußte. Informationspolitik in diesem Bereich darf sich offenbar nicht auf einfache karge Mitteilungen an die Presse beschränken — so lehrt zumindest dieses Beispiel. — Auf der anderen Seite muß hier erwähnt werden, daß es in der Öffentlichkeit auch radikale Gruppen gibt, die die Existenz psychischer Krankheiten und Behinderungen leugnen und in einer gemeindenahen Psychiatrie nur eine Perfektionierung der Kontrollfunktion sehen, die — nach der Ansicht dieser Gruppen — die Psychiatrie in erster Linie erfüllt.

„Betreuer“

Der Übergang von einer rein verwahrenden stationären Psychiatrie zu einer aktiven, rehabilitativ vorgehenden gemeindenahen Psychiatrie bedeutet für die Betreuer eine große zusätzliche Belastung. In gemeindenahen psychiatrischen Einrichtungen ist das Personal in verstärktem Maß mit den Patienten, den Angehörigen und anderen Bezugspersonen und deren Bedürfnissen direkt konfrontiert. Gleichzeitig ist diese Arbeit insofern belastender, als traditionelle Rollen und Kompetenzen (z. B. Arzt und Schwester) in diesen Einrichtungen nicht so klar definiert sind wie in den Krankenanstalten, denen gegenüber außerdem zur Zeit noch ein gewisser Statusverlust eintritt. Dieser Statusverlust spiegelt sich in der Regel auch direkt in den finanziellen Remunerationen für gemeindenah arbeitendes psychiatrisches Personal wider: die verschiedenen Zulagen, die mit der Arbeit in psychiatrischen Krankenanstalten traditionell verbunden sind (Infektionszulage, Erschwerniszulage usw.) fallen beim Wechsel zu einer ambulanten oder teilstationären Tätigkeit in der Regel weg. Da derartige Zulagensysteme eine komplizierte, aus dem Widerstreit von Interessen großer Gruppen entstandene Regelung darstellen, dürfte es nicht einfach sein, hier Veränderungen durchzusetzen. Die Schaffung einer eigenen „Psychiatrie-Zulage“ wäre in dem Zusammenhang eine denkbare Lösung. Eine Belastung für das Personal entsteht in gemeindenahen psychiatrischen Einrichtungen auch dadurch,

Belastung für die Betreuer

daß es nur sehr ungenügend auf die spezifischen Probleme in diesem neuen Arbeitssetting vorbereitet ist. Die traditionellen, in der klinischen Psychiatrie gelernten Krankheitskonzepte und Betreuungsstrategien reichen nicht mehr aus, wenn man sich ständig mit den Alltagsproblemen der Patienten und ihrer Angehörigen konfrontiert sieht. Eine begleitende Weiterbildung, etwa in Form von Supervision oder Balintgruppen, ist deshalb von Anfang an für gemeindenah psychiatrische Einrichtungen mitzuplanen und in den Dienstzeiten zu berücksichtigen. Daß die Belastung für das Personal in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen besonders hoch ist, zeigt sich auch an der immer wieder beklagten Tatsache, daß der Personalwechsel in diesen Einrichtungen weit über das in stationären psychiatrischen Einrichtungen übliche Ausmaß hinausgeht. Dies ist gerade deshalb bedauerlich, weil sich gemeindenah Psychiatrie in besonderem Maß um eine Kontinuität in der Betreuung psychiatrischer Patienten bemüht.

Niedergelassene Ärzte

Eine weitere strukturelle Schwierigkeit bei der Einführung einer gemeindenahen sektorierten psychiatrischen Versorgung besteht darin, daß die ambulante Krankenbehandlung in Österreich im wesentlichen den niedergelassenen Ärzten vorbehalten ist. Da auf den ersten Blick eine gemeindenah organisierte ambulante und teilstationäre Betreuung mit neu geschaffenen und teilweise öffentlich finanzierten Einrichtungen eine Art Konkurrenz zu den niedergelassenen Ärzten zu sein scheint, wäre ein Widerstand von seiten der ärztlichen Standesvertretung nicht unverständlich. Bis jetzt sind psychohygienische Beratungsstellen eben nur Beratungsstellen, die nicht behandeln dürfen, was eine gewisse Komplizierung der Betreuungsvorgänge darstellt. Es ist jedoch aus wissenschaftlichen Untersuchungen bekannt, daß nur ein Teil der aus den psychiatrischen Krankenanstalten entlassene Patienten niedergelassene Nervenfachärzte zur Nachbetreuung aufsuchen. Dies hängt wohl zum Großteil mit der großen Entfernung zwischen psychiatrischen Krankenanstalten und niedergelassenen Nervenärzten zusammen, wodurch Kommunikation und Kooperation zwischen beiden sehr erschwert werden und keine Kontinuität in der Betreuung gegeben ist. Zum Teil suchen manche Patientengruppen aufgrund ihrer spezifischen Störungen (etwa schizophrene Patienten wegen ihrer Tendenz zum sozialen Rückzug oder wegen mangelnder Krankheitseinsicht) die niedergelassenen Nervenärzte nicht auf. Eine aktiv nachgehende Betreuung, wie sie von gemeindenahen psychiatrischen Diensten geleistet werden kann, wirkt dem entgegen. An manchen Orten arbeiten niedergelassene Nervenärzte bereits erfolgreich in gemeindenahen psychiatrischen Einrichtungen mit, sodaß sich die Frage stellt, ob diese Art von Zusammenarbeit nicht ein praktikables Modell für die zukünftige Entwicklung darstellen könnte. Letzten Endes können derartige Dienste und Einrichtungen ja auch dem niedergelassenen Nervenarzt seine Arbeit erleichtern, da sie ihm für seine Patienten Alternativen zu der ja doch sehr wenig attraktiven Einweisung in psychiatrische Großkrankenanstalten bieten.

Besonders im ländlichen Bereich ist auch die Zusammenarbeit mit den Allgemeinpraktikern zu suchen, die sozusagen die am weitesten vorgeschobenen Posten der medizinischen Betreuung der Bevölkerung darstellen. Dabei bedarf es jedoch sicherlich noch einer gewissen Aufklärungsarbeit, ja, gewissermaßen eines Werbens für die Psychiatrie. Einzelerfahrungen in Vorarlberg und Niederösterreich zeigen, daß die Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeitern und Allgemeinpraktikern eine vielversprechende neue Strategie in der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung sein kann.

Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft

Manche der unter der Überschrift „Belastung für die Betreuer“ und „Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten“ angesprochenen Probleme lassen sich vermutlich mit Hilfe der sogenannten „Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft“ einer besseren Lösung zuführen. Die Aufgabe dieser in der bundesdeutschen Psychiatrieenquete (Deutscher Bundestag, 1975) geforderten Koordinierungseinrichtung auf Bezirks-

ebene besteht in er gebiet die Kommur ständigen stationäre öffentlichen Institut sten sicherzustellen Arbeitsgemeinschaft gegenseitige Kenner sche Angebot an Di fentlichkeitsarbeit u sionelle sowie Laier können derartige p die Verlagerung des krankenhäusern in c gieren. Zu bedenke Arbeitsgemeinschaft gen nicht in ihrer Fre die Weiterbildung. verschiedenen Einric fall und persönliche kündete gemeinder Versorgung der Bev nötige Zeitaufwand aufzunehmen ist.

Finanzierungsstrul

Eine Reihe von „infr nanzierungsstruktur gung in Österreich b denah orientierten. Eines der hervorste sich in besonderem zen und entspreche „bestraft“ werden, dauern zu senken, e 70—90 % aus fixer betreuten Patienten nalaufwand und Erh den Fall längere Zei kenkassen durch di diesem Dilemma be spaltene Pflegesätze fälle festgelegt werd renzierter zu gestalt „Pflegefällen“ befaß weniger rehabilitiere Krankenhausbehand auch gleichzeitig (zu iatrischen Einrichtur könnte sich allerdi; recht rasch eine deu ser strukturellen Fra; sämtliche Dienste i

ne in diesem neuen
en Psychiatrie gelernt
cht mehr aus, wenn
d ihrer Angehörigen
orm von Supervision
enahe psychiatrische
ichtigen. Daß die Be-
ngen besonders hoch
uß der Personalwech-
iatischen Einrichtun-
uerlich, weil sich ge-
itität in der Betreuung

gemeindenahen sek-
ambulante Kranken-
en Ärzten vorbehal-
ambulante und teil-
tlich finanzierten Ein-
zten zu sein scheint,
ng nicht unverständ-
Beratungsstellen, die
Betreuungsvorgänge
bekannt, daß nur ein
atienten niedergelas-
gt wohl zum Großteil
anstalten und nieder-
on und Kooperation
in der Betreuung ge-
nd ihrer spezifischen
zum sozialen Rück-
assenen Nervenärzte
eindenahen psychia-
. An manchen Orten
meindenahen psych-
iese Art von Zusam-
ntwicklung darstellen
tungen ja auch dem
m für seine Patienten
ng in psychiatrische

arbeit mit den All-
vorgesprochenen Po-
. Dabei bedarf es je-
gewissermaßen eines
und Niederösterreich
Allgemeinpraktikern
psychiatrischen Ver-

r" und „Zusammen-
e lassen sich vermut-
chaft" einer besseren
Psychiatrieenquete
ichtung auf Bezirks-

ebene besteht in erster Linie darin, für ein definiertes geographisches Versorgungsgebiet die Kommunikation und Koordination zwischen allen für dieses Gebiet zuständigen stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen, privaten und öffentlichen Institutionen sowie sozialen, psychiatrischen und medizinischen Diensten sicherzustellen. Unter den möglichen Aufgaben derartiger psychosozialer Arbeitsgemeinschaften sind besonders das Vermeiden von Fehleinsweisungen, das gegenseitige Kennenlernen verschiedener Institutionen im Hinblick auf das spezifische Angebot an Diensten, die gemeinsame Planung von neuen Einrichtungen, Öffentlichkeitsarbeit und die Organisation von Fortbildungsveranstaltungen für professionelle sowie Laienhelfer (vgl. Zumpe, 1977) hervorzuheben. Unter Umständen können derartige psychosoziale Arbeitsgemeinschaften auch als „Speerspitze" für die Verlagerung des Schwerpunktes der psychiatrischen Versorgung aus den Großkrankenhäusern in die Nähe des Wohnortes und Arbeitsplatzes des Patienten fungieren. Zu bedenken ist freilich auch hier, daß die durch derartige psychosoziale Arbeitsgemeinschaften zusätzliche zeitliche Belastung den Teilnehmern an Sitzungen nicht in ihrer Freizeit zugemutet werden kann und daß hier ähnliches gilt wie für die Weiterbildung. Die aktive Koordination und Kooperation zwischen den vielen verschiedenen Einrichtungen und Diensten darf eben nicht ausschließlich dem Zufall und persönlichen Initiativen überlassen werden, wenn die programmatisch verkündete gemeindenahе Psychiatrie ihr Versprechen einer besseren psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung auch einlösen soll, sodaß der für derartige Sitzungen nötige Zeitaufwand in die Planung einer gemeindenahen Psychiatrie explizit mit aufzunehmen ist.

Finanzierungsstruktur und rechtliche Grundlagen

Eine Reihe von „infrastrukturellen" Problemen wird auch durch die komplizierte Finanzierungsstruktur der psychiatrischen (und überhaupt der medizinischen) Versorgung in Österreich beim Übergang von einer vorwiegend stationär zu einer gemeindenah orientierten Psychiatrie deutlich (vgl. Riedl & Katschnig, in Vorbereitung). Eines der hervorstechendsten Probleme besteht darin, daß Krankenanstalten, die sich in besonderem Maße für eine gemeindenahе psychiatrische Versorgung einsetzen und entsprechende Initiativen ergreifen, praktisch mit einem Einnahmenverlust „bestraft" werden, wenn ihre Bemühungen, die Aufnahmezahlen und Aufenthaltsdauern zu senken, erfolgreich sind. Die Kosten von Krankenanstalten bestehen ja zu 70—90 % aus fixen Kosten, die unabhängig von der tatsächlichen augenblicklich betreuten Patientenzahl sind. Diese fixen Kosten, die sich in erster Linie aus Personalaufwand und Erhaltungsaufwand für Gebäude zusammensetzen, werden auf jeden Fall längere Zeit weiterbestehen, während die Einnahmen von seiten der Krankenkassen durch die Abnahme des Bettenbelages sinken. Der einzige Ausweg aus diesem Dilemma besteht bei der derzeitigen Finanzierungsstruktur darin, daß gespaltene Pflegesätze für „teure" Akut- bzw. Behandlungsfälle und „billige" Pflegefälle festgelegt werden. Langfristig ist jedoch eine solche Lösung auf jeden Fall differenzierter zu gestalten, um der Gefahr zu entgehen, daß die Einstellung der mit den „Pflegefällen" befaßten Personen weniger optimistisch, weniger reaktivierend und weniger rehabilitierend wird. Für die Sozialabteilungen der Länder, die heute für die Krankenhausbehandlung von chronischen Fällen aufzukommen haben und die auch gleichzeitig (zumindest zunächst) für eine Reihe von komplementären psychiatrischen Einrichtungen wie Wohnheime oder Tagesstätten die Kosten tragen, könnte sich allerdings durch die Verlagerung des Schwerpunktes in die Gemeinde recht rasch eine deutlich sichtbare Kostenersparnis ergeben. Die ideale Lösung dieser strukturellen Frage der Finanzierung würde darin bestehen, daß die Kosten für sämtliche Dienste und Einrichtungen für psychisch Kranke, die in einem geo-

Finanzierungsstruktur

Rechtliche Grundlagen

graphisch definierten Versorgungsgebiet wohnhaft sind, in eine Gesamtverrechnung eingehen, was dazu Anlaß geben könnte, daß in differenzierter Weise nach den kostengünstigsten Lösungen gesucht würde. Natürlich ist ein solches Modell in utopischer Ferne, und die sachlich vernünftigsten Lösungen im Bereich einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung — die sich aus einem genauen Abwägen von Kostenfrage und humanitären Aspekten ergeben — werden wohl noch längere Zeit dem Wechselspiel der unterschiedlichen Interessen der vielen verschiedenen Kostenträger zum Opfer fallen.

Eine wesentliche Voraussetzung für eine Humanisierung und Verbesserung der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung ist zweifelsohne eine entsprechende gesetzliche Grundlage, wie sie etwa im „Mental Health Act“ in Großbritannien seit 1959 schon besteht. In Österreich beschränken sich die derzeitigen gesetzlichen Regelungen im Zusammenhang mit Psychiatrie fast ausschließlich auf die Zwangsaspekte, die in der Psychiatrie manchmal unumgänglich sind. Wenn sich jedoch alles, was es an gesetzlichen Regelungen im Zusammenhang mit Psychiatrie gibt, auf den Zwangsaspekt bezieht und der psychisch Kranke nur als Objekt einer Rechtsprozedur gesehen wird, dann ist es nicht verwunderlich, daß der der Psychiatrie primär innewohnende helfende Aspekt von breiten Kreisen der Bevölkerung nicht wahrgenommen wird und Hilfe nicht freiwillig gesucht wird. Das mag einer der Gründe dafür sein, daß der Anteil an zwangsangehaltenen Patienten in Österreich mit durchschnittlich 94 % (Katschnig & Mitarbeiter, 1975) einer der höchsten in der Welt ist, und es dürfte kein Zufall sein, daß in einem Land wie Großbritannien, das schon seit 20 Jahren ein umfassendes Psychiatrie-Gesetz hat, der entsprechende Prozentsatz nur etwa 10 % beträgt. Es sollte deshalb auch in Österreich ein umfassendes Psychiatrie-Gesetz geschaffen werden, das den helfenden Aspekt der Psychiatrie hervorstreicht, das Recht psychisch gestörter und behinderter Personen verankert, auch außerhalb von Institutionen ein menschenwürdiges Dasein zu führen, die öffentliche Hand verpflichtet, für eine menschenwürdige und wirkungsvolle psychiatrische Betreuung zu sorgen, und (nicht nur für Psychologen) den Rahmen für eine interprofessionelle Zusammenarbeit bei der Betreuung psychisch Kranker in der Gemeinde absteckt, kurz, das Entwicklungsmöglichkeiten für neue Versorgungsmodelle eröffnet. Die notwendigen Zwangsaspekte könnten unter dem Titel „Schutzmaßnahmen“ durchaus Bestandteil, aber eben nur ein Bestandteil eines solchen umfassenden Gesetzes sein. Daß sich der kürzlich vom Bundesministerium für Justiz ausgesandte „Entwurf eines Unterbringungsgesetzes“, das sich notgedrungen vorwiegend mit Zwangsaspekten befaßt, dem Prinzip der besseren Versorgung psychisch Kranker und Behinderter verpflichtet fühlt, läßt immerhin hoffen, daß es einem noch zu schaffenden umfassenderen Psychiatrie-Gesetz zumindest nicht im Wege steht.

SCHLUSSBEMERKUNG

Es ist heute klar, daß das Verwahren von psychisch gestörten Personen in den wenigen psychiatrischen Großkrankenhäusern ein Anachronismus ist. Nicht so klar scheint zu sein, daß die verschiedenen, am grünen Tisch entworfenen Reformpläne, die alle in Richtung einer Verlagerung des Schwerpunktes auf ambulante und teilstationäre Betreuung zielen, mit der Absicht, für den Patienten adäquate Wohn-, Arbeits- und Freizeitmöglichkeiten zu schaffen, mit den entsprechenden flankierenden Einrichtungen, wie Wohnheimen, Tageskliniken, geschützten Werkstätten, Kriseninterventionszentren, Patientenclubs, dies alles in kleinen, überschaubaren Gebieten, in einem „Sektor“, diese deduktive Verplanung des Alltags psychiatrischer Patienten noch keineswegs eine humanere und effizientere Betreuung als in den

Was gestern

et
Gem



Persil





psychiatrischen Großkrankenhäusern garantieren. Es gibt genügend Beispiele aus dem Ausland über fehlgegangene derartige Planungen. Sie sind alle dadurch gekennzeichnet, daß die soziale Infrastruktur des Betreuungssystems und des sozialen Netzes, in dem die Betreuten leben, nicht ausreichend mitreflektiert wurden und daß die „verordneten Pläne“ wenig Entwicklungsmöglichkeiten offen ließen. Planung in der Psychiatrie darf nicht *deduktiv*, sondern muß *induktiv* sein; d. h. muß eine Planung der kleinen Schritte mit Änderungsmöglichkeiten aufgrund der Erfahrungen mit jedem einzelnen Schritt sein, wobei die Betroffenen mit einbezogen werden müßten. *Modellversuche* mit einer wissenschaftlichen Begleitforschung, durch die entsprechende Kenntnisse für eine optimale gemeindenaher psychiatrische Versorgung erst erarbeitet werden, erscheinen uns als das wesentlichste Element einer derartigen induktiven Planung. Eine Reihe von neueren gemeindenahen psychiatrischen Einrichtungen in Österreich fühlen sich diesem Prinzip verpflichtet. Dazu sind das „Beratungszentrum für psychische und soziale Fragen“ in Graz, das „Psychosoziale Zentrum“ in Mistelbach und das „Kriseninterventionszentrum“ in Wien zu zählen. Diese Einstellung, neue Formen der Betreuung nicht nur einzuführen, sondern auch auf ihre Effizienz zu überprüfen, spiegelt eine gewisse offene und undogmatische Haltung wider, die in Österreich auf dem Gebiet des Gesundheitswesens mehr gefördert werden sollte. Forschungsfeindlichkeit rächt sich hier früher oder später. Dies gilt auch für das oben geforderte umfassende Psychiatrie-Gesetz. Es sollte nicht einfach am grünen Tisch entworfen werden, und man sollte zumindest einige dokumentierte Erfahrungen mit neuen gemeindenahen psychiatrischen Einrichtungen abwarten, bevor man im Detail festlegt, welche Bereiche und wie genau sie in einem solchen Gesetz geregelt werden sollen. Nur ein Wechselspiel zwischen originellem Entwurf eines idealen psychiatrischen Versorgungssystems und Korrektur dieses Entwurfes durch die ersten gewonnenen Erfahrungen und durch die sozialen Realitäten der finanziellen, rechtlichen und psychologischen Möglichkeiten auf seiten der Betreuer und der Patienten in ihrem sozialen Umfeld, nur das Offensein für derartige Abwandlungen des ursprünglichen Planes im Sinne eines „induktiven“ Vorgehens kann verhindern, daß „gemeindenaher Psychiatrie“ nur ein Schlagwort bleibt.

Literaturverzeichnis

- Bauer, M.: Sektorisierte Psychiatrie im Rahmen einer Universitätsklinik. Ferdinand Enke Verlag. Stuttgart, 1977
- Berner, W.: Konzept eines Interaktionsstils in der ambulanten Rehabilitationsgruppe. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 7 (1973), 92
- Bewley, T., J. M. Bland, M. Ilo, E. Walch, G. Willington: Census of mental hospital patients and life expectancy of those unlikely to be discharged. Brit. Med. J. 16 (1975), 671—675
- Böker, W., und H. Häfner: Gewalttaten Geistesgestörter. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland. Springer, Berlin 1973
- Clark, D. H.: Administrative Therapy. Tavistock, London 1964
- Creer, C., und J. K. Wing: Der Alltag mit schizophrenen Patienten. In: H. Katschnig (Hrsg.): Die andere Seite der Schizophrenie — Patienten zu Hause. Urban & Schwarzenberg, München — Wien — Baltimore 1977
- Cumming, E., und J. Cumming: Closed Ranks: An Experiment in Mental Health Education. Cambridge, Mass. 1957
- Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland — Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn 1975
- Dörner, K., und R. Groth: Gruppentherapie für Angehörige. In: H. Katschnig (Hrsg.): Die andere Seite der Schizophrenie — Patienten zu Hause. Urban & Schwarzenberg, München — Wien — Baltimore 1977
- Forster, R., und J. M. Pelikan: Fortschreibung oder Strukturreform? Ein Beitrag zur Reformdis-

Deduktive und induktive Planung

Modellversuche mit Begleitforschung

- kussion 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
- Goffman, E.: The mental hospital as a „Total Institution“. In: D. R. Cressey (Ed.): The Prison. Holt, Rinehart, Winston. New York 1961. Deutsch: In: Cranach, M. v., A. Finzen (Hrsg.): Sozialpsychiatrische Texte. Springer, Berlin — Heidelberg — New York 1972
- Grad, J., und P. Sainsbury: The effects that patients have on their families in a community care and a control psychiatric service. Brit. J. Psychiat. 114 (1968), 265—278
- Jones, M.: Social Psychiatry. Tavistock, London 1952
- Katschnig, H.: Leitlinien für eine sektorierte psychiatrische Versorgung der Bevölkerung. Der Aufbau 7/8 (1974), 234—238
- Katschnig, H. (Hrsg.): Die andere Seite der Schizophrenie — Patienten zu Hause. Urban & Schwarzenberg, München — Wien — Baltimore 1977
- Katschnig, H.: Rückfallsprophylaxe. In: D. H. Frießem (Hrsg.): Kritische Stichwörter zur Sozialpsychiatrie. Fink Verlag, München 1979
- 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
- Kaufmann, L.: Familientherapie. In: K. P. Kisker, J.-E. Meyer, M. Müller, E. Strömberg (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Band III: Soziale und Angewandte Psychiatrie. 2. Auflage. Springer, Berlin — Heidelberg — New York 1975
- Kulenkampff, A.: Möglichkeiten und Grenzen der Mitarbeiter von Laien in einem psychiatrischen Krankenhaus. In: H. Lauter, J.-E. Meyer (Hrsg.): Der psychisch Kranke und die Gesellschaft. Georg Thieme, Stuttgart 1972
- Leff, J. P.: Die Angehörigen und die Verhütung des Rückfalls. In: H. Katschnig (Hrsg.): Die andere Seite der Schizophrenie — Patienten zu Hause. Urban & Schwarzenberg, München — Wien — Baltimore 1977
- Main, T. F.: The hospital as a therapeutic institution. Bull. Menninger Clinic 10 (1946), 66—70
- May, A. R.: Mental Health Services in Europe. World Health Organization, Geneva, 1976
- Riedl, A. K., und H. Katschnig: Die Kosten- und Finanzierungsstruktur der psychiatrischen Versorgung in Österreich: Ein Hindernis für die Psychiatriereform? In Vorbereitung.
- Rollin, H. R.: „De-institutionalization“ and the community: fact and theory. Psycholog. Med. 7 (1977), 181—184
- Schindler, R.: Zehn Jahre „bifokale Gruppentherapie“. Congress Report of the 2nd International Congress of Psychiatry. Zürich 1957, Vol. III, 379—386
- Simon, H.: Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. Walter de Gruyter & Co., Berlin und Leipzig 1929
- Spiro, H. R.: On Beyond Mental Health Centers: A Planning Model for Psychiatric Care. Arch. Gen. Psychiat. 21 (1969), 646—654
- Stumme, W.: Psychische Erkrankungen — Im Urteil der Bevölkerung. Urban & Schwarzenberg, München 1974
- Wing, J. K.: Die psychiatrischen Gesundheitsdienste in Großbritannien und Nordirland. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD. Anhang. Deutscher Bundestag, Bonn 1975
- Wing, J. K.: Eine praktische Grundlage für die Soziotherapie bei Schizophrenie. In: G. Huber (Hrsg.): Therapie, Rehabilitation und Prävention schizophrener Erkrankungen. Schattauer, Stuttgart — New York 1976
- Wing, J. K., D. H. Bennett, J. Denham: Industrial Rehabilitation of Long-Stay Schizophrenic Patients. MRC Memo No. 42. HMSO, London 1964
- Wing, J. K., & G. W. Brown: Institutionalism and Schizophrenia. Cambridge University Press, London 1970
- Zumpe, V.: Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft: Ein Beitrag zur Innovation und Organisation sowie zur Problematik in Regionen ohne gemeindenähe psychiatrische Versorgung. Psychiatrische Praxis 4 (1977), 26—37.
- Zusman, J.: Design of Catchment Areas for Community Mental Health Services. Arch. Gen. Psychiat. 21 (1969), 568—573

ANHANG

Plan für einen psych

Mit Gemeinderatsbe-
kenversorgung und
ner Stadtgebietes in
wohnm beinhalten
gesundheitliche und
Bereich, in überscha-
maner erfolgen kan-
Dieser Entwicklung R
der Hälfte eines Ver-
schaffen, die zunäch-
der Bevölkerung erm
die Sektorisierung d
Für die Realisierung e
meindebezirk beson
Beide Bezirke mache
erwähnten vom Wie
ten aus dem 20. und
schen Universitätskllir
Höhe, aufgenommen
bedeutet dies eine A
39 je 10 000 der Wc
sentlich höhere psych
21. Bezirk liegt zieml
vom Psychiatrischen I
an psychiatrischer Ve
Dem steht eine ambi
diesem Gebiet nur 4
Psychiater im Ambula
Behandlung entlasser
den genannten Bezirk
Betreuungsstelle verri
nehmen.
Die Schaffung eines M
Empfehlungen einer K
Prinzipien entspreche
bei der Neuordnung
Die Einrichtung eines
hier ein Dreistufenpl

Stufe I: Einrichtung ei-
Betten des Psy-
sen Bezirken

Diese Nachsorgeambu-
Lage eingerichtet wer-
tet sein. Neben der s
dieses Team auch die
nehmen, wozu gerade
rungen nützlich sein
lungsarbeit zur Verfüg
Anfang an ein System
senshaftlich abgestüt
Die Grundvoraussetzu
sche Kette, läßt sich n

ANHANG

Plan für einen psychiatrischen Modellsektor im 20. und 21. Wiener Gemeindebezirk

Mit Gemeinderatsbeschluß vom 31. Jänner 1975 (Pr. Z. 121) wurde ein Plan für die „Krankenversorgung und Altenhilfe in Wien“ genehmigt, der wesentlich eine Aufteilung des Wiener Stadtgebietes in vier Versorgungsräume bzw. Sektoren mit durchschnittlich 400 000 Einwohnern beinhaltet. Diese Sektorisierung entspricht Erfahrungen aus dem Ausland, daß die gesundheitliche und soziale Betreuung der Bevölkerung, besonders auch im psychiatrischen Bereich, in überschaubaren geographischen Einheiten wesentlich effizienter, billiger und humaner erfolgen kann.

Dieser Entwicklung Rechnung tragend ist geplant, in einem geographischen Gebiet, das etwa der Hälfte eines Versorgungsraumes entspricht, in einem Mehrstufenplan Einrichtungen zu schaffen, die zunächst in diesem Gebiet eine „gemeindenähe“ psychiatrische Versorgung der Bevölkerung ermöglichen sollen. Erfahrungen aus diesem Modellsektor könnten dann für die Sektorisierung des gesamten Stadtgebietes verwendet werden.

Für die Realisierung eines derartigen Modellsektors scheinen der 20. und der 21. Wiener Gemeindebezirk besonders geeignet.

Beide Bezirke machen zusammen genommen etwa die Hälfte des Versorgungsraumes I des erwähnten vom Wiener Gemeinderat beschlossenen Planes aus. 1971 wurden 412 Patienten aus dem 20. und 409 Patienten aus dem 21. Wiener Gemeindebezirk an der Psychiatrischen Universitätsklinik bzw. im Psychiatrischen Krankenhaus der Stadt Wien, Baumgartner Höhe, aufgenommen. Bei einer Einwohnerzahl von 81 517 im 20. und 105 151 im 21. Bezirk bedeutet dies eine Aufnahmequote von 51 je 10 000 der Wohnbevölkerung für den 20. und 39 je 10 000 der Wohnbevölkerung für den 21. Bezirk. Der 20. Bezirk hat damit eine wesentlich höhere psychiatrische Aufnahmequote, als dem Wiener Durchschnitt entspricht. Der 21. Bezirk liegt ziemlich genau im Durchschnitt, was aber bei der relativ weiten Entfernung vom Psychiatrischen Krankenhaus Baumgartner Höhe praktisch auch einem erhöhten Bedarf an psychiatrischer Versorgung entspricht.

Dem steht eine ambulante Unterversorgung dieser beiden Bezirke gegenüber, sind doch in diesem Gebiet nur 4 niedergelassene Nervenärzte tätig, neben einem teilzeitbeschäftigten Psychiater im Ambulatorium Nord. Die Nachbetreuung der jährlich etwa 800 aus stationärer Behandlung entlassenen Patienten ist deshalb schon von der personellen Kapazität her in den genannten Bezirken selbst schwer zu leisten. Die weite Entfernung von einer möglichen Betreuungsstelle verringert aber die Chance, eine angebotene Hilfe auch in Anspruch zu nehmen.

Die Schaffung eines Modellsektors für die psychiatrische Versorgung ist im Einklang mit den Empfehlungen einer Kommission aus dem Jahr 1974. Die in diesem Modellsektor realisierten Prinzipien entsprechen außerdem den im Krankenanstaltenplan (Teil B) gesetzten Prioritäten bei der Neuordnung der psychiatrischen Versorgung.

Die Einrichtung eines derartigen Modellsektors erfolgt am besten in mehreren Stufen. Es wird hier ein Dreistufenplan vorgeschlagen.

Stufe I: Einrichtung einer Nachsorgeambulanz im 20. bzw. 21. Bezirk und Zuordnung von Betten des Psychiatrischen Krankenhauses der Stadt Wien, Baumgartner Höhe, zu diesen Bezirken

Diese Nachsorgeambulanz sollte in einer für die Einwohner beider Bezirke verkehrsgünstigen Lage eingerichtet werden und mit mindestens vier Ärzten und vier Sozialarbeitern ausgestattet sein. Neben der sofort aufzunehmenden Betreuung von entlassenen Patienten müßte dieses Team auch die Entwicklungsarbeit für die weiteren Stufen der Sektorisierung übernehmen, wozu gerade die bei der konkreten Betreuungsarbeit im Sektor gewonnenen Erfahrungen nützlich sein werden. Deshalb sollte ein Drittel der Arbeitszeit für diese Entwicklungsarbeit zur Verfügung stehen. Ein in Datenverarbeitung versierter Soziologe sollte von Anfang an ein System einer adäquaten Effizienzkontrolle aufbauen, aus dem laufend wissenschaftlich abgestützte Rückmeldungen für die Aufbauarbeiten kommen könnten. Die Grundvoraussetzung für eine sektorierte Versorgung, die kontinuierliche therapeutische Kette, läßt sich nur realisieren, wenn im Psychiatrischen Krankenhaus der Stadt Wien,

Baumgartner Höhe, ein Bettenkontingent von etwa 200—300 Betten ausschließlich Sektorpatienten zur Verfügung gestellt wird und somit eine direkte Zusammenarbeit zwischen im Sektor niedergelassenen Nervenärzten, der Nachsorgeambulanz und den Betreuern während des stationären Aufenthaltes möglich wird.

Das im Versorgungsraum I bereits arbeitende Kriseninterventionszentrum würde sich als Hilfe in Notsituationen, die rund um die Uhr zur Verfügung steht, nahtlos in die vorgeschlagenen helfenden Institutionen einpassen.

Stufe II: Schaffung von Tagesklinik-, Tagesstätten-, Übergangswohnheim- und Dauerwohnheimplätzen im 20. und 21. Bezirk. Regelung der Betreuung von Sondergruppen in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen

Während die unter I genannten Maßnahmen bereits zu einer Verringerung der stationären Aufnahmezahlen (vor allem der Wiederaufnahmezahlen) führen sollten, könnte erst durch die Schaffung von teilstationären und Übergangseinrichtungen eine spürbare Entspannung im stationären psychiatrischen Bereich eintreten, der besonders in Wien durch einen permanenten Überbelag der vorhandenen Bettenkapazitäten gekennzeichnet ist. Schon wenige Tagesklinik-, Tagesstätten-, Übergangswohnheim- und Dauerwohnheimplätze könnten hier eine Erleichterung bewirken.

Für altersmäßige und diagnostische Sondergruppen psychisch gestörter Personen haben sich bereits eigene Therapiebereiche bzw. Unterdisziplinen der Psychiatrie etabliert, die teilweise auch schon institutionelle Entsprechungen aufweisen. Kinder- und Gerontopsychiatrie gehören ebenso hierher wie die Betreuung Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängiger, die Betreuung geistig Behinderter sowie geisteskranker Rechtsbrecher. Da hier auch überregionale Gesichtspunkte beachtet werden müssen, ist auf jeden Fall mit schon bestehenden Institutionen zusammenzuarbeiten. Teilweise ist auch für diese diagnostischen Sondergruppen daran zu denken, Betreuungsplätze in den genannten Übergangseinrichtungen zu schaffen (z. B. für gerontopsychiatrische Patienten).

Stufe III: Schaffung von stationären Behandlungsplätzen mit Krankenhauscharakter und Schaffung geschützter Werkstättenplätze in oder nahe dem 20. und 21. Bezirk

Neben der Schaffung geschützter Werkstättenplätze für entlassene psychiatrische Patienten sollte als Fernziel angestrebt werden, auch die stationäre psychiatrische Versorgung näher an den Wohn- und Arbeitsplatz der Patienten heranzuholen, damit auch während des stationären Aufenthaltes der Kontakt mit dem alltäglichen Lebensraum des Patienten nicht verlorengeht. Für die konkrete Realisierung dieser stationären Behandlungsplätze bieten sich zwei Wege an: Erstens könnte für je ein Versorgungsgebiet ein eigenes psychiatrisches Krankenhaus mit Bettenkapazitäten von 400 bis 600 Patienten geschaffen werden; zum anderen könnten psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern geschaffen werden. Unter Umständen sind auch Zwischenlösungen möglich. Zu dieser Frage ist demnächst eine Stellungnahme des Beirates für Psychische Hygiene beim Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz zu erwarten.

Anschrift der Verfasser: Dr. H. Katschnig und Dr. W. Berner, Psychiatrische Universitätsklinik Wien, Lazarettgasse 14, 1090 Wien.

M. HOFMANN

Der Arzt als

Gedanken zu ein

Jeder menschliche ist, unterliegt u. a. i „Betriebsführung“. / zeß, macht davon I hat man aber bislan der Berufsausübung immer die naive V mehr oder weniger Arzt zwangsläufig n zufolge es beispiels steigen, loszufahren keit schon aneigner entstünde. Üben ur Ausübung jeglicher ment. Bei der Vorbe der Ausbildungsordi sich dem Arzt bei de gementaufgaben. D anstalten im weitest stand, Stationsvorst schen oder therapeu ger ist und sein mul spielsweise die „Füh oder Einzelpraxis. Die nachfolgende , Wirtschaft und Ges drei Segmenten die Wirkweisen der Bet

ANALYSE

Das Unternehmerisc setzung neuer Ideer ten, das sehr häufig ebenso wie Dynami Das Traditionelle Ek wahrende Kraft, ge Techniken usw., die sonnenheit, historisc zeichnen dieses Ve

* Aus dem Interdisziplinär- schaftsuniversität Wien.