

Österreichischer Psychiatriebericht 2001

Teil 1

Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung

Heinz Katschnig
Edwin Ladinser, Michael Scherer, Gernot Sonneck,
und Johannes Wancata

Ludwig-Boltzmann-Institut für Sozialpsychiatrie
heinz.katschnig@akh-wien.ac.at

Wien, März 2001

Im Auftrag des Staatssekretariats für Gesundheit
im Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen

Dieser Bericht wird fortgeschrieben. Die jeweils letzte Version ist über die Homepage des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen www.bmsg.gv.at zugänglich.

Häufig verwendete Abkürzungen

KA: Krankenanstalt(en)

LKF: Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

ÖBIG: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen

Zum Geleit:

“There is no health without mental health!”

Der Bereich “mental health”, der im englischen Sprachgebrauch nicht nur die psychische Gesundheit, sondern auch die Verhütung und Behandlung psychischer Krankheiten umfasst, ist ein zentrales Element von Gesundheit schlechthin. Ihm ist aus gesundheitspolitischer Sicht ein besonders hoher Stellenwert beizumessen.

Laut Statistik der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stehen Depressionen an vierter Stelle der häufigsten Krankheiten und werden nach seriösen Schätzungen in etwa 20 Jahren die zweithäufigste Krankheit weltweit darstellen. Im Durchschnitt ist jeder vierte Mensch einmal in seinem Leben von einer massiven psychischen Beeinträchtigung betroffen, für deren positive Bewältigung er professionelle Hilfe in Anspruch nehmen muss (WHO).

Es gilt daher, der Förderung des Bereichs „mental health“ sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene die gebührende Aufmerksamkeit zu widmen und diesen Aspekt der Gesundheitspolitik noch weiter zu verstärken. Um diesen Erfordernissen Rechnung zu tragen, hat das Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie unter Leitung von Univ.Prof. Dr. Heinz Katschnig im Auftrag des Staatssekretariats für Gesundheit einen gesamtösterreichischen Psychiatrie-Bericht erstellt.

Der erste Teil dieses Berichtes liegt rechtzeitig zum „World Health Day on Mental Health“ der WHO vor, es sind die für Gesamt-Österreich zugänglichen Daten über die psychiatrische und psychosoziale Versorgung dargestellt. Zusammen mit einem später erscheinenden analytischen Teil wird damit erstmalig ein gesamtösterreichischer Überblick über den Bereich der psychischen Gesundheit und der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der Bevölkerung vorliegen, der als Grundlage für weitere Maßnahmen im Bereich der Prävention sowie eine gezielte Strukturentwicklung dienen soll.

Ich danke vor allem dem Autor des vorliegenden Psychiatrie-Berichts, Herrn Univ.Prof. Dr. Heinz Katschnig, für seine hier geleistete wertvolle Arbeit und sein vorbildhaftes Engagement, sowie allen Mitautoren, die zum Gelingen dieses Berichtes beigetragen haben.

Auch möchte ich der Hoffnung Ausdruck verleihen, dass durch diesen „Psychiatrie-Bericht“ und seine Präsentation aus Anlass des Weltgesundheitstages 2001 nicht nur der

Informationsstand zum Fachgebiet der Psychiatrie und dem bestehenden Angebot der psychiatrischen Versorgung gehoben wird, sondern dass dadurch auch das psychischen Störungen noch immer anhaftende Stigma reduziert wird. Und dass diese Gesundheitsprobleme nicht tabuisiert werden, sondern darüber offen gesprochen werden kann!

Nur dann können Menschen mit gesundheitlichen Problemen psychischer Art die Hilfe und Behandlung erhalten, die sie benötigen, um ihr Leben mit einem positiven Gefühl für ihr Dasein sowie der Überzeugung von ihrem eigenen Wert und dem der anderen in Würde zu führen.

Univ.Prof. Dr. Reinhart Waneck

Staatssekretär für Gesundheit

Im April 2001

Vorwort¹

Dieser Datenband ist der erste Teil des „Österreichischen Psychiatrieberichtes 2001“, der aus Anlass des von der Weltgesundheitsorganisation zum „World Health Day on Mental Health“ deklarierten Weltgesundheitsstages 2001 erscheint. Dieser Weltgesundheitsstag, der jedes Jahr am 7. April stattfindet, ist erstmals in der Geschichte der Weltgesundheitsorganisation dem Thema „mental health“ gewidmet.

Ziel des Berichtes war es, in Österreich verstreut vorhandene Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung gesammelt darzustellen und den Betroffenen, ihren Angehörigen und allen im psychosozialen Bereich beruflich Tätigen, wie auch den Entscheidungsträgern im administrativen und politischen Bereich zur Verfügung zu stellen. Damit soll der Informationsstand über das Gebiet der Psychiatrie und der psychosozialen Versorgung gehoben werden, wemgleich in einem Atemzug davor gewarnt werden muss, voreilige Schlüsse aus den hier publizierten Daten zu ziehen. Eine zusammenhängende Gesamtdarstellung und Analyse der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung in Österreich wird im später erscheinenden 2. Teil dieses Berichtes erfolgen. Dort werden auch die schon vorhandenen Psychiatriepläne diskutiert - so ist etwa im österreichischen Krankenanstaltenplan (ÖKAP) 2001 ein eigener auch den extramuralen Bereich betreffender Psychiatrieteil enthalten; außerdem existieren zum Teil eigene Psychiatriepläne auf Landesebene. Im 2. Teil werden auch andere Aspekte dargestellt, wie etwa internationale Entwicklungen und die derzeit in Österreich laufenden Anti-Stigma-Kampagnen.

Epidemiologischen Untersuchungen zufolge leidet rund ein Viertel der Bevölkerung mindestens einmal im Leben an einer definierten psychischen Krankheit. Bei weiter gefassten Kriterien kommen einige Studien zu einer Gesamtfrequenz, die nahe an die 50% heranreicht (wobei auch alkohol- und drogenbezogene Probleme inbegriffen sind²). Diese große quantitative Bedeutung psychischer Krankheiten ist weitgehend unbekannt.

¹ Zum Zwecke der leichteren Lesbarkeit wird in diesem Bericht ausschließlich die männliche Schreibweise verwendet. Es ist aber immer die männliche und die weibliche Schreibweise gemeint

² Alkohol- und drogenbezogene Probleme werden hier nur am Rande behandelt, da das BMSG hierzu einen eigenen Bericht herausgegeben hat (Handbuch Alkohol - Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends. Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales. 1999).

Unbekannt sind auch die weitreichenden Folgen: Betroffene und ihre Familienmitglieder leiden nicht nur durch die Krankheit selbst, sondern besonders auch durch die Diskriminierung, die mit psychischen Krankheiten verbunden ist. Es wird vielfach nicht beachtet, dass Selbstmorde wie auch Alkohol- und Drogenmissbrauch die Folge von nicht behandelten psychischen Krankheiten sein können. Weitgehend unbekannt ist auch, dass die Mortalität durch körperliche Krankheiten bei Menschen mit psychischen Krankheiten gegenüber der Gesamtbevölkerung erhöht ist. Dass Behinderungen durch psychische Krankheiten die Lebensqualität beeinträchtigen, ist wissenschaftlich belegt. Die Beeinträchtigung im Berufsleben zeigt sich am hohen Anteil psychischer Krankheiten als Ursache von Frühpensionierungen, die nach den Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates insgesamt an zweiter Stelle liegen und im Steigen sind. Einer 1996 von der Weltbank publizierten Untersuchung ist zu entnehmen, dass psychische Krankheiten, allen voran die Depression, unter sämtlichen (also auch körperlichen) Krankheiten die Hauptursache für durch Behinderung verlorene Lebenszeit sind. Dass die direkten Behandlungskosten psychischer Krankheiten, die indirekten volkswirtschaftlichen Kosten und die intangiblen Kosten (z.B. durch Betreuungsleistungen innerhalb der Familie) enorm sind, ist schon mehrfach wissenschaftlich belegt worden.

Im Gegensatz zu dieser großen gesamtgesellschaftlichen Bedeutung psychischer Krankheiten ist der Informationsstand in der Bevölkerung und bei politischen Entscheidungsträgern sehr gering. Vielfach herrschen auch völlig falsche Vorstellungen über die Natur psychischer Krankheiten vor, die mit Benachteiligungen und sozialem Ausschluss einhergehen. Die Angst vor dieser Diskriminierung führt wieder dazu, dass eine verständliche Scheu besteht, rechtzeitig fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, und es so oft genug zu persönlichen Katastrophen kommt, wie sie oben beschrieben wurden.

Aus der Art der Präsentation und dem jeweiligen Umfang der hier enthaltenen Daten sollten keine Schlüsse über eine bestimmte Absicht des Berichtes gezogen werden, die über die allgemeine Anhebung des Wissenstandes hinausgeht. Dass über manche Gebiete mehr, über andere weniger Daten präsentiert werden, hängt mit der Verfügbarkeit von Daten zusammen. Tatsächlich konnten wir, zum Teil wegen der kurzen Zeit, die für die Berichterstellung zur Verfügung stand, teilweise aber auch wegen prinzipieller Schwierigkeiten, nur einen Teil der Daten erhalten, die wir für nützlich gehalten hätten. Im vorliegenden Bericht sind nur Daten enthalten, die für ganz Österreich verfügbar waren. Die Bandbreite der berichteten Daten

reicht dabei von Umfrageergebnissen über das Vorherrschen psychischer Störungen in der Bevölkerung, über Pensionierungen wegen psychischer Krankheiten bis zur Selbstmordstatistik; von den in der psychiatrischen Versorgung tätigen Berufsgruppen bis zu den Kosten für Psycho- und Pharmakotherapie; schließlich von der Bettensituation in psychiatrischen Krankenanstalten bis zu Tageskliniken und Wohnheimen, sowie - soweit verfügbar - den jeweiligen Inanspruchnahmedaten.

Es liegt in der Natur einer derartigen Datensammlung aus vielen verschiedenen Quellen, publizierten und nicht publizierten, dass Vollständigkeit, Fehlerfreiheit und vergleichbare Qualität der Daten nicht garantiert werden können. Im medizinischen Bereich und dort, wo es um Kosten geht, sind die Daten vollständiger als auf anderen Gebieten. Im Bereich der Selbsthilfe sind derzeit Daten noch am wenigsten verfügbar. Auch ist es in Österreich wegen der föderalistischen und fragmentierten Struktur des Gesundheitswesens besonders schwierig, adäquate Daten zu erhalten. Wir ersuchen deshalb alle Leserinnen und Leser dieses Berichtes, uns Anregungen, Anmerkungen und Korrekturvorschläge zukommen zu lassen (heinz.katschnig@akh-wien.ac.at), die wir dann in einem erweiterten Bericht, der Ende des Jahres 2001 erscheinen soll und ausführlichere Analysen enthalten wird, berücksichtigen werden.

Abschließend möchten wir uns bei den vielen Organisationen und Personen bedanken, die uns bei der Erstellung dieses Berichtes unterstützt und es so ermöglicht haben, dass der erste Teil des Österreichischen Psychiatrieberichtes rechtzeitig zum „World Health Day on Mental Health“ erscheinen konnte.

Univ. Prof. Dr. Heinz Katschnig
für das Autorenteam

Wien, im März 2001

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

A Psychische Krankheiten und ihre Folgen:

Internationale und österreichische Forschungsergebnisse	1
Einleitung	1
1. Ergebnisse internationaler Studien	1
2. Häufigkeiten psychischer Beschwerden in der österreichischen Bevölkerung	4
3. Die Entwicklung der Demenzerkrankungen in Österreich	7
4. Pensionierungen und Krankenstände aufgrund von psychischer Krankheit	9
5. Suizidales Verhalten	14

B Die im psychiatrischen Bereich tätigen Berufsgruppen und ihre Arbeitsfelder

1. Ärzte	21
2. Psychologen	29
3. Psychotherapeuten	32
4. Diplomiertes Pflegepersonal	37
5. Diplomierte Ergotherapeuten	40
6. Diplomierte Physiotherapeuten	42
7. Diplomierte Sozialarbeiter	44
8. Patientenanwälte	46
9. Sachwalter	46
10. Andere Bereiche	47

C Die institutionelle psychiatrische Versorgung und ihre

Inanspruchnahme	49
1. Krankenanstalten	49
1.1. Betten und Personal	49
1.2. Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen	55
1.2.1. Methodische Vorbemerkung	55
1.2.2. Ergebnisse	56
1.2.2.1. Alle Krankenanstalten Österreichs	56
1.2.2.2. Psychiatrische Krankenanstalten und Abteilungen	61
1.2.2.3. Nicht-psychiatrische Abteilungen	76
2. Tageskliniken	84
3. Gemeindepsychiatrische und komplementäre Dienste und Einrichtungen	87

D Psychopharmakotherapie und Psychotherapie

1. Psychopharmakaverbrauch	91
2. Ausgaben der Krankenkassen für psychotherapeutische Behandlung	102

Anhang A: Beschreibung psychiatrischer Krankheitsbilder

Anhang B: Zusammengefasste Diagnosengruppen nach ICD-9

Anhang C: Quellen- und Literaturangaben

Anhang D: Danksagungen

A Psychische Krankheiten und ihre Folgen: Internationale und österreichische Forschungsergebnisse

Einleitung

Teil A des Berichtes befasst sich mit Forschungsergebnissen über die Häufigkeit psychischer Krankheiten und den daraus resultierenden Folgen. Auf die methodische Problematik der Erfassung dieser Indikatoren kann hier nicht näher eingegangen werden. Die Auswahl war weitgehend von der Datenlage abhängig. Nach einem Überblick über internationale epidemiologische Forschungsergebnisse zur Häufigkeit psychischer Krankheiten werden Indikatoren für die häufigsten psychischen Störungen in Österreich dargestellt. Dazu gehören Depressionen, Angststörungen und psychosomatische Erkrankungen, deren Häufigkeit aus einer österreichischen Bevölkerungsumfrage geschätzt werden kann. Im Anschluss daran werden aus internationalen Studienergebnissen die erwarteten Häufigkeiten für Demenzerkrankungen für Österreich berechnet. Des Weiteren werden Daten über Pensionierungen aufgrund von Invalidität durch psychische Krankheit und Daten über Krankenstände dargestellt. Ergebnisse der Suizidforschung schließen diesen Berichtsteil ab.

A 1. Ergebnisse internationaler Studien

Psychische Krankheit ist kein einheitliches Konzept. Es werden vielmehr zahlreiche Krankheitsbilder unterschieden, die auch gemeinsam auftreten können („Komorbidität“).²

Die Weltgesundheitsorganisation berichtet, dass weltweit mehrere hundert Millionen Menschen unter psychischen Erkrankungen leiden. Im World Health Report (WHO 1998) wird die Zahl von Personen mit Angstkrankheiten auf 480 Millionen und die von Personen mit affektiven Störungen auf 360 Millionen geschätzt. Von Alkoholabhängigkeit oder Persönlichkeitsstörungen sind laut diesem Bericht je 250 Millionen Menschen betroffen, die Zahl der schizophrenen Psychosen wird mit 22 Millionen angegeben. Aus großen epidemiologischen Studien geht hervor, dass in den entwickelten Ländern (USA, EU) die 1-Jahres-Prävalenz psychischer Erkrankungen insgesamt etwa 30% beträgt.

² Eine kurze Beschreibung der wichtigsten psychiatrischen Krankheitsbilder findet sich im Anhang A.

Tab. A-1: 1-Jahres-Prävalenz psychiatrischer Krankheiten entsprechend DSM-III-R

Krankheiten	Männer %	Frauen %	Gesamt %
Affektive Störungen			
Major Depression	7,7	12,9	10,3
Manische Episode	1,4	1,3	1,3
Dysthymie	2,1	3,0	2,5
Irgendeine affektive Störung	8,5	14,1	11,3
Angststörungen			
Panik-Störung	1,3	3,2	2,3
Agoraphobie ohne Panik-Störung	1,7	3,8	2,8
Sozialphobie	6,6	9,1	7,9
Einfache Phobie	4,4	13,2	8,8
Generalisierte Angststörung	2,0	4,3	3,1
Irgendeine Angststörung	11,8	22,6	17,2
Störungen durch psychotrope Substanzen			
Alkohol-Missbrauch	3,4	1,6	2,5
Alkohol-Abhängigkeit	10,7	3,7	7,2
Drogen- Missbrauch	1,3	0,3	0,8
Drogen- Abhängigkeit	3,8	1,9	2,8
Irgendein Missbrauch/Abhängigkeit	16,1	6,6	11,3
Andere Störungen			
Antisoziale Persönlichkeit	0,0	0,0	0,0
Nicht-affektive Psychose („Schizophrenie“)	0,5	0,6	0,5
Irgendeine psychische Krankheit	27,7	31,2	29,5

Quelle: Kessler 1994 (DSM-III-R): Diagnostisches und statistisches Manual des Amerikanischen Psychiatrieverbandes, Washington 1987

In Tab. A-1 sind die 1-Jahres-Prävalenz-Raten für die häufigsten psychischen Erkrankungen basierend auf dem US-amerikanischen National Comorbidity Survey (=NCS, Kessler 1994) angegeben. Während Männer am häufigsten unter Störungen durch psychotrope Substanzen (Missbrauch oder Abhängigkeit) leiden, sind Frauen am häufigsten von einer Krankheit aus der Gruppe der affektiven Störungen betroffen. Schizophrenie (in der Tabelle unter "nicht-affektive Psychosen" zu finden) ist um vieles seltener als die eben genannten Krankheitsbilder.

Derartige Krankheitsbilder können sowohl Patienten als auch ihre Familien deutlich belasten. Außerdem können psychische Krankheiten weitere negative Konsequenzen haben; beispielsweise können sie körperliche Krankheiten komplizieren und deren Dauer verlängern

oder die Fähigkeit zur Selbstversorgung einschränken. Nicht zuletzt verursachen sie enorme direkte und indirekte Kosten (zum Beispiel wegen verminderter Arbeitsfähigkeit).

Tab. A-2: Die führenden Ursachen von Behinderungen (Disability Adjusted Life Years = DALYs) der 15-44-Jährigen (1990, Entwickelte Länder)

Rang- reihe	Gesamt		Männer		Frauen	
	Krankheit oder Verletzung	Cum %	Krankheit oder Verletzung	Cum %	Krankheit oder Verletzung	Cum %
	Alle Ursachen	100	Alle Ursachen	100	Alle Ursachen	100
1	Unipolare Major Depression	12,3	Alkohol	12,7	Unipolare Major Depression	19,8
2	Alkohol	21,2	Verkehrsunfälle	23,9	Schizophrenie	25,7
3	Verkehrsunfälle	29,7	Unipolare Major Depression	31,1	Verkehrsunfälle	30,3
4	Schizophrenie	34,7	Selbstverursachte Verletzungen	36,8	Bipolare Störungen	34,7
5	Selbstverursachte Verletzungen	38,9	Schizophrenie	41,0	Zwangsstörungen	38,5
6	Bipolare Störungen	42,6	Drogen	44,8	Alkohol	41,7
7	Drogen	45,5	Gewalt	48,1	Osteoarthritis	44,9
8	Zwangsstörungen	48,2	Ischämische Herzerkrankung	51,2	Chlamydien	47,3
9	Osteoarthritis	50,9	Bipolare Störungen	54,3	Selbstverursachte Verletzungen	49,6
10	Gewalt	53,3	HIV	65,7	Rheumatische Arthritis	51,8

Quelle: Murray & Lopez 1996

In dem vor einigen Jahren veröffentlichten Bericht "Global Burden of Disease" (Murray and Lopez 1996) wird dargestellt, dass Einschränkungen und Behinderungen aufgrund psychischer Erkrankungen durchaus mit jenen vergleichbar sind, die durch körperliche Krankheiten verursacht sind. In den entwickelten Weltregionen gehören psychiatrische Krankheitsbilder zu den führenden Ursachen der krankheitsbedingten Behinderungen, gemessen in "Disability Adjusted Life Years" (=DALYs, eine globale Maßeinheit für Behinderungen). Wenn man die einzelnen Krankheitskategorien untersucht, stellt sich heraus,

dass unter den zehn führenden Ursachen für DALYs drei psychiatrische Krankheitsbilder (Depression, Alkohol, Demenz) zu finden sind.

Die überragende Rolle von psychischen Erkrankungen als Ursache für Behinderungen ist bei der Gruppe der 15-44-Jährigen besonders stark ausgeprägt. Wie aus Tabelle A-2 zu ersehen ist, stellen in den entwickelten Ländern der Welt in der Altersgruppe der 15- bis 44-jährigen die psychiatrischen Erkrankungen sieben der zehn führenden Ursachen für DALYs dar, wobei Depression und Alkoholabhängigkeit die Liste anführen. Bei Männern ist Alkoholabhängigkeit die häufigste Ursache, während bei Frauen die Depression die häufigste Ursache darstellt. Es fällt auf, dass zwei Krankheitsbilder, die eine eher niedrige Prävalenz haben (Schizophrenie und bipolare Erkrankungen) unter den sechs führenden Ursachen für Disability Adjusted Life Years zu finden sind.

In der Zusammenschau dieser Ergebnisse zeigt sich, dass die Belastungen und Konsequenzen von psychischen Erkrankungen enorm sind. Sowohl das Gesundheits- als auch das Sozialwesen sind gefordert, Maßnahmen zur Vermeidung bzw. Linderung dieses Leids zu setzen.

A 2. Häufigkeiten psychischer Beschwerden in der österreichischen Bevölkerung

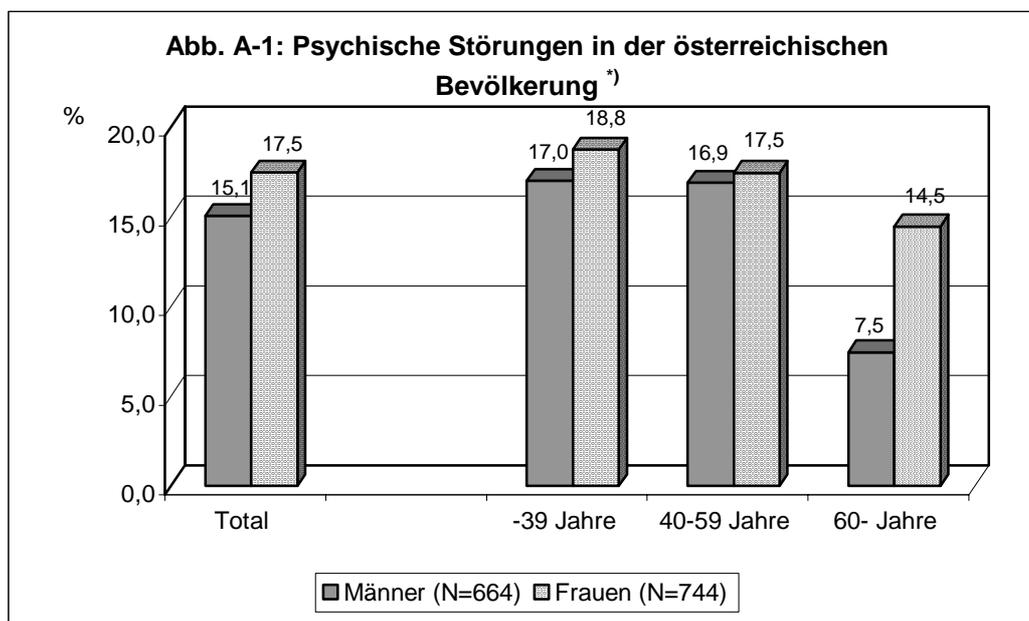
Epidemiologische Studien zu psychischen Krankheiten gibt es für Österreich nicht. 1991 wurde aber an einer repräsentativen Stichprobe von Personen über 14 Jahren aus ganz Österreich eine Erhebung über psychische Beschwerden durchgeführt. Die Stichprobe umfasste 1.408 Personen, wobei ein Screening-Fragebogen zum psychischen Wohlbefinden (General Health Questionnaire – GHQ-12) vorgelegt wurde. Die Stichprobe bestand aus 664 Männern und 744 Frauen (Katschnig et al. 1993).

Zahlreiche Personen berichteten, dass sie in den letzten vier Wochen unter psychischen Beschwerden gelitten haben. Am häufigsten wurde angegeben, „wegen Sorgen weniger geschlafen“ zu haben und „dauernd unter Druck zu stehen“ (Tab. A-3).

Tab. A-3: Auswahl einzelner Beschwerden (General Health Questionnaire)

	Männer	Frauen
Sich nicht auf alles, was Sie gemacht haben, konzentrieren können	9%	11%
Wegen Sorgen weniger geschlafen	15%	21%
Schwer gefallen, Entscheidungen zu treffen	6%	6%
Gefühl, dauernd unter Druck zu stehen	15%	14%
Unglücklich und deprimiert gefühlt	7%	11%
Weniger Vertrauen zu sich selbst gehabt	7%	8%

Durch die Berechnung eines Summenscores (Cut-Off 2/3) kann das Ergebnis zur groben Abschätzung der 4-Wochen-Prävalenz von depressiven Zustandsbildern, Angststörungen sowie psychosomatischen Erkrankungen verwendet werden (Abb. A-1).

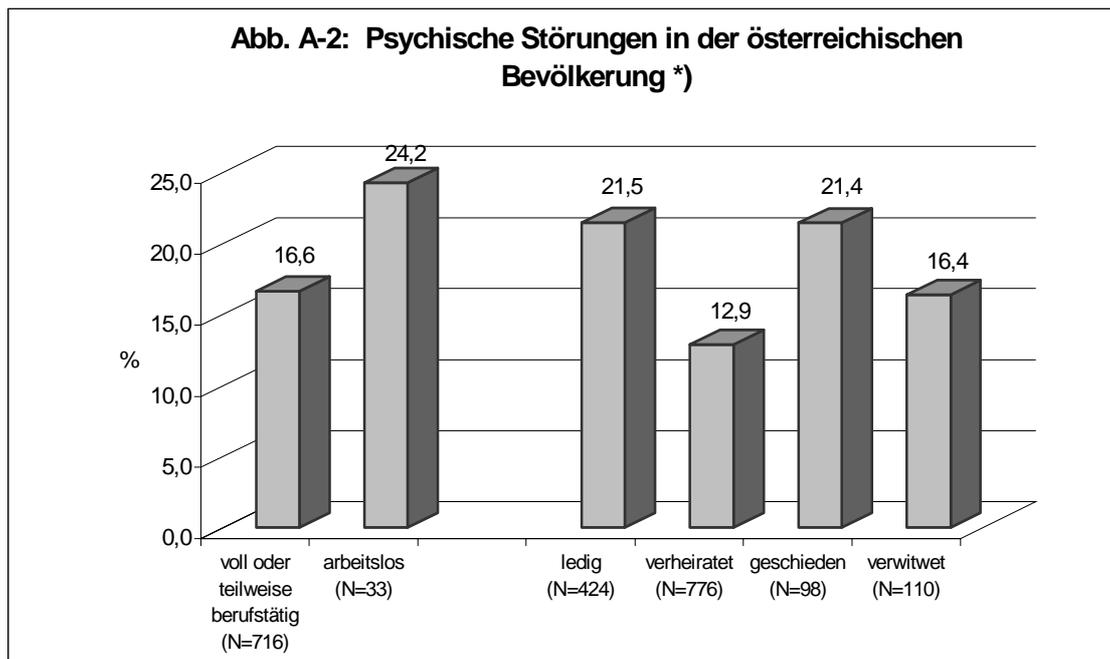


^{*)} entsprechend GHQ-12 (Cut-off 2/3; Psychische Störungen meint hier Depressionen, Angststörungen und psychosomatische Krankheiten)

Quelle: Katschnig et al.1993

Die 4-Wochen-Prävalenz für die gesamte Stichprobe betrug 16,3%, wobei für Frauen (17,5%) ein etwas höherer Wert als für Männer (15,1%) gefunden wurde. Bei den unter 40-Jährigen finden sich ähnliche Raten wie bei den 40-59-Jährigen. Deutlich niedrigere Raten wurden bei den über 60-Jährigen gefunden (siehe Abb. A-1). Der Geschlechtsunterschied im Sinne einer

etwas höheren Prävalenz für Frauen findet sich für alle dargestellten Altersgruppen, wobei er bei den über 60- Jährigen am ausgeprägtesten war. Bezogen auf den Zivilstand finden sich für ledige und geschiedene Personen deutlich höhere Raten als für verheiratete oder verwitwete Personen (siehe Abb. A-2). Bei arbeitslosen Personen findet sich eine höhere Rate als bei Beschäftigten. Die erwähnten Ergebnisse sind allerdings überwiegend nur als Trend zu verstehen.



*) entsprechend GHQ-12 (Cut-off 2/3; Psychische Störungen meint hier Depressionen, Angststörungen und psychosomatische Krankheiten)
Quelle: Katschnig et al. 1993

Eine Studie in Deutschland, welche die 4-Wochen-Prävalenz von affektiven, somatoformen und Angststörungen an einer bundesweiten Stichprobe untersuchte, fand sehr ähnliche Ergebnisse (Wittchen et al. 1999). Die Prävalenz für affektive, somatoforme und Angststörungen ist mit 17,3% mit den österreichischen Ergebnissen vergleichbar. 6,3% der untersuchten Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren litt unter affektiven Störungen (insbesondere Depressionen), 9% unter Angststörungen und 7,5% unter somatoformen Störungen. Diese Studie fand für Frauen eine deutlich höhere Rate (22,7%) als für Männer (11,6%). Auch diese Untersuchung bestätigt, dass psychische Krankheiten mit verminderter Arbeitsproduktivität einhergehen. Die Zahl der Krankenstandstage war für Personen mit

psychischen Erkrankungen um ein Vielfaches höher als für jene, die unter keiner psychischen Krankheit litten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass etwa jeder sechste Österreicher über 14 Jahren innerhalb von vier Wochen Hinweise auf eine affektive, eine psychosomatische oder eine Angststörung zeigt.

A 3. Die Entwicklung der Demenzerkrankungen in Österreich

Bevölkerungsprognosen sagen eine starke Zunahme der absoluten Zahlen und auch des Anteils älterer Menschen voraus. Dies wird dazu führen, dass Alterserkrankungen wie die Demenzen, die eine wichtige Ursache für Pflegebedürftigkeit darstellen, deutlich zunehmen werden.

Tab. A-4: Geschätzte Anzahl von Demenzkranken (alle Demenzkrankheiten, Alzheimer-Demenz, vaskuläre Demenz) in Österreich (a)

Jahr	Österreichische Bevölkerung (60+ Jahre)	Alle Demenzen		Alzheimer Demenz		Vaskuläre Demenz	
		N (b)	% (b)	N (b)	% (b)	N (c)	% (c)
	N						
1951	1,083.300	35.500	3,28	21.400	1,97	6.300	0,58
2000	1,672.700	90.500	5,41	57.100	3,41	15.700	0,94
2050	2,825.300	233.800	8,28	151.400	5,36	40.200	1,42

- (a) Basierend auf internationalen Meta-Analysen bzw. gepoolten Re-Analysen von epidemiologischen Feldstudien und Daten der Statistik Österreich (2000)
- (b) Mittlere Gesamtprävalenz (N) und mittlere Prävalenzrate (%) (basierend auf mehreren Studien) in der Altenbevölkerung des jeweiligen Jahres nach Standardisierung auf die Alterszusammensetzung der über 60-Jährigen in Österreich
- (c) Gesamtprävalenz (N) und Prävalenzrate (%) (basierend auf der Metaanalyse von Lobo, 2000) in der Altenbevölkerung des jeweiligen Jahres nach Standardisierung auf die Alterszusammensetzung der über 60-Jährigen in Österreich

Im Jahr 1951 litten in Österreich rund 35.500 Personen an einer demenziellen Erkrankung (3,28% der über 60-jährigen Bevölkerung, Tab. A-4). Im Jahr 2000 gab es in Österreich schon etwa 2,5 mal so viele Demenzkranke (N=90.500) wie 50 Jahren davor. Bis zum Jahr 2050 wird sich diese Zahl auf etwa 233.800 vervielfacht haben (8,28% der über 60-jährigen Bevölkerung). Dies entspricht etwa einem 6,6-fachen Anstieg der Absolutzahlen zwischen den Jahren 1951 und 2050.

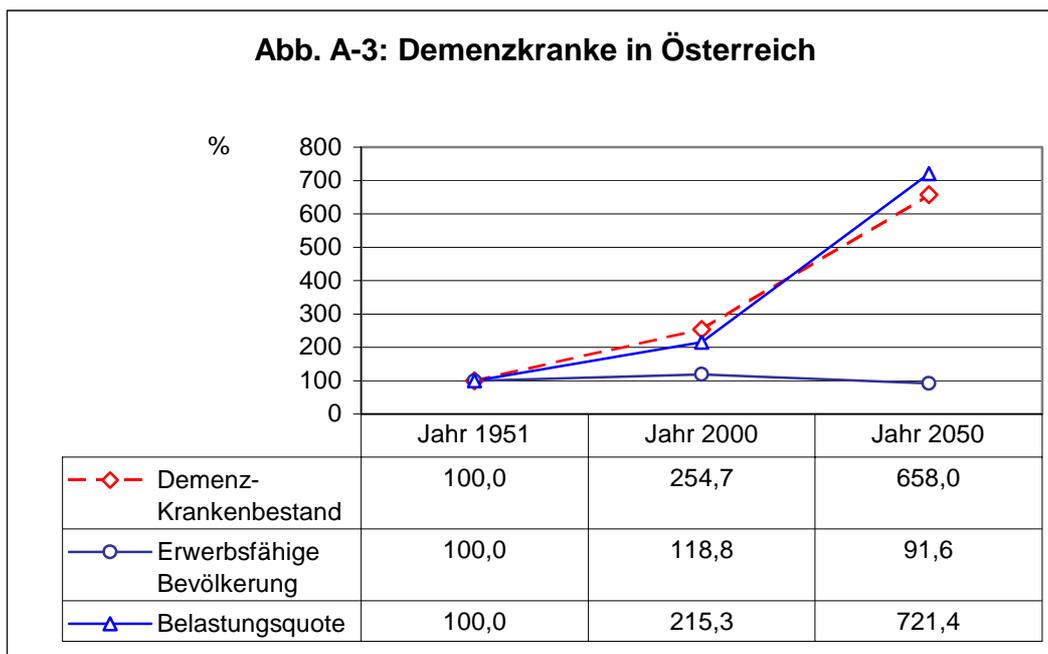
Die erwerbsfähige Bevölkerung wird durch die Pflege Demenzkranker in beträchtlichem Ausmaß belastet. Aus diesem Grund ist auch die Relation Demenzkranker zur erwerbsfähigen Bevölkerung (= 15-60-Jährige) von Interesse.

Tab. A-5: Demenzkranke in Relation zur erwerbsfähigen Bevölkerung (15-60-Jährige)

Jahr	Erwerbsfähige	Demenzkranke (Mittelwert)	Belastungsquote	Erwerbsfähige pro Demenzkranken
	N (in 1000)	N (in 1000)	(%)	N (in 1000)
1951	4262,8	35,5	0,83	119,9
2000	5064,9	90,5	1,79	56,0
2050	3905,6	233,8	5,99	16,7

Während die erwerbsfähige Bevölkerung von 4,3 Millionen Einwohnern im Jahr 1951 auf einen Höchststand von etwa 5,1 Millionen zur Jahrtausendwende zugenommen hat (Tab. A-5), ist in den nächsten 50 Jahren eine deutliche Abnahme der erwerbsfähigen Bevölkerung zu erwarten (Abb. A-3). Während 1951 ein Demenzkranker auf etwa 120 Personen im erwerbsfähigen Alter kam, werden dies Mitte des 21. Jahrhunderts nur mehr etwa 17 Personen sein.

Es kam zwar bereits in den letzten Jahrzehnten zu einer Zunahme an Demenzerkrankungen, jedoch wird sich das Tempo der Zunahme durch die steigende Zahl Höchstaltriger deutlich beschleunigen. Wenn man zusätzlich die Entwicklung der erwerbsfähigen Bevölkerung berücksichtigt, zeigt sich, dass die demenzbedingte Belastung zwischen den Jahren 1951 und



Quelle: Wancata et al. 2001

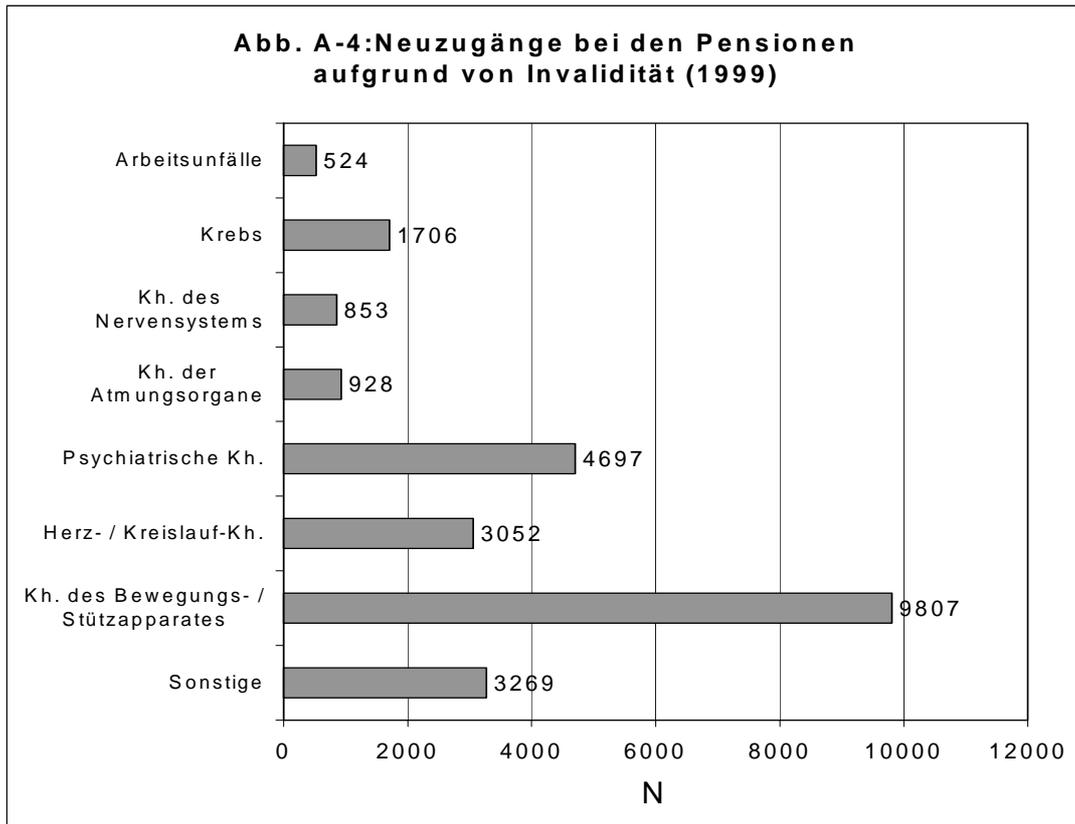
2000 durch die Zunahme der erwerbsfähigen Bevölkerung teilweise abgedeckt wurde. Da es aber etwa ab der Jahrtausendwende zu einem Rückgang der erwerbsfähigen Bevölkerung kommen wird, wird deren Belastung durch Demenzkranke künftig in viel stärkerem Maß zunehmen. Die Versorgungsforschung und Versorgungsplanung sind also vor enorme Aufgaben gestellt (Wancata et al. 2001).

A 4. Pensionierungen und Krankenstände aufgrund von psychischer Krankheit

Pensionierungen aufgrund von Krankheit

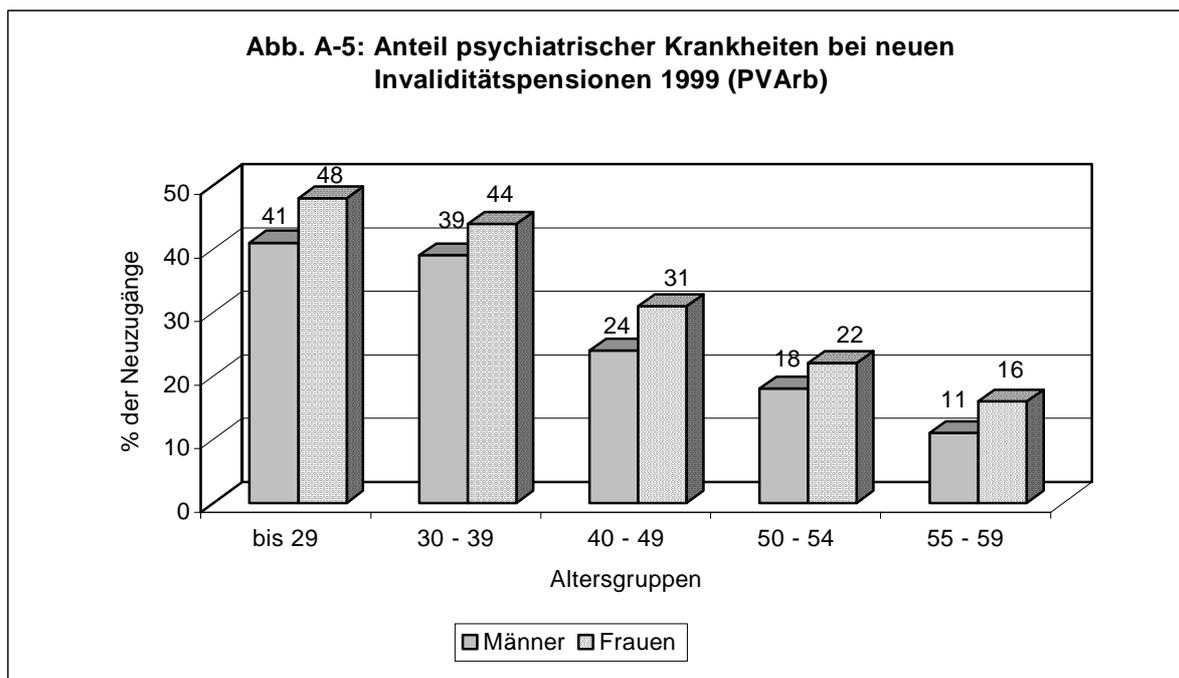
Im Jahr 1999 wurde insgesamt 24.836 Personen eine Pension aufgrund von Invalidität³ zuerkannt. Die führende Ursache (Abb. A-4) stellten Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates mit 9.807 Zuerkennungen (39,5%) dar, gefolgt von psychiatrischen Krankheiten mit 4.697 Zuerkennungen (18,9%). Alle anderen Krankheiten waren als Ursachen für Pensionen aufgrund von Invalidität in deutlich geringerem Ausmaß vertreten.

³ „Pension aufgrund von Invalidität“ meint Invaliditätspensionen, Berufsunfähigkeitspensionen und vorzeitige Alterspensionen aufgrund von Invalidität

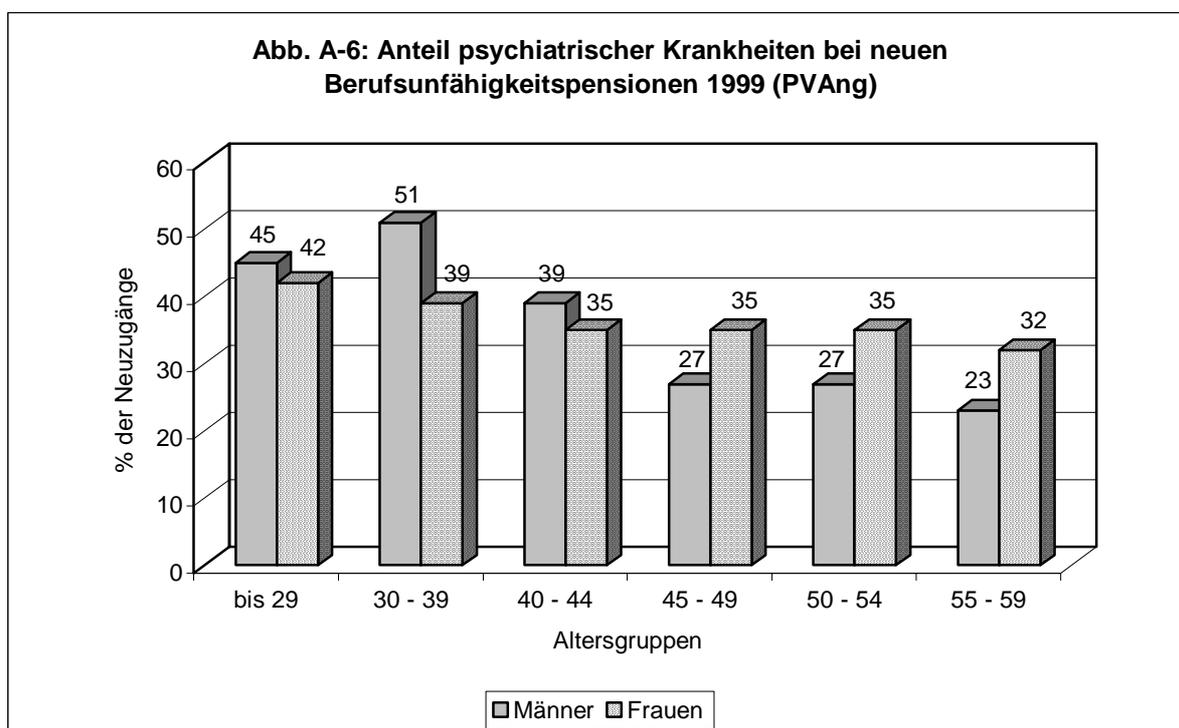


Quelle: Wörister 2000

Bei einer Unterteilung nach dem Alter zeigt sich, dass psychische Krankheiten bei jüngeren Personen häufiger vertreten sind. Bei den bei der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter (PVARb) versicherten Frauen im Alter unter 39 Jahren sind nahezu die Hälfte aller Invaliditätspensionen (44% bzw. 48%) durch psychische Krankheiten verursacht (Abb. A-5). Bei den 30-39-jährigen männlichen Angestellten machen psychische Krankheiten mehr als die Hälfte der Ursachen für eine Berufsunfähigkeitspension aus (Abb. A-6).



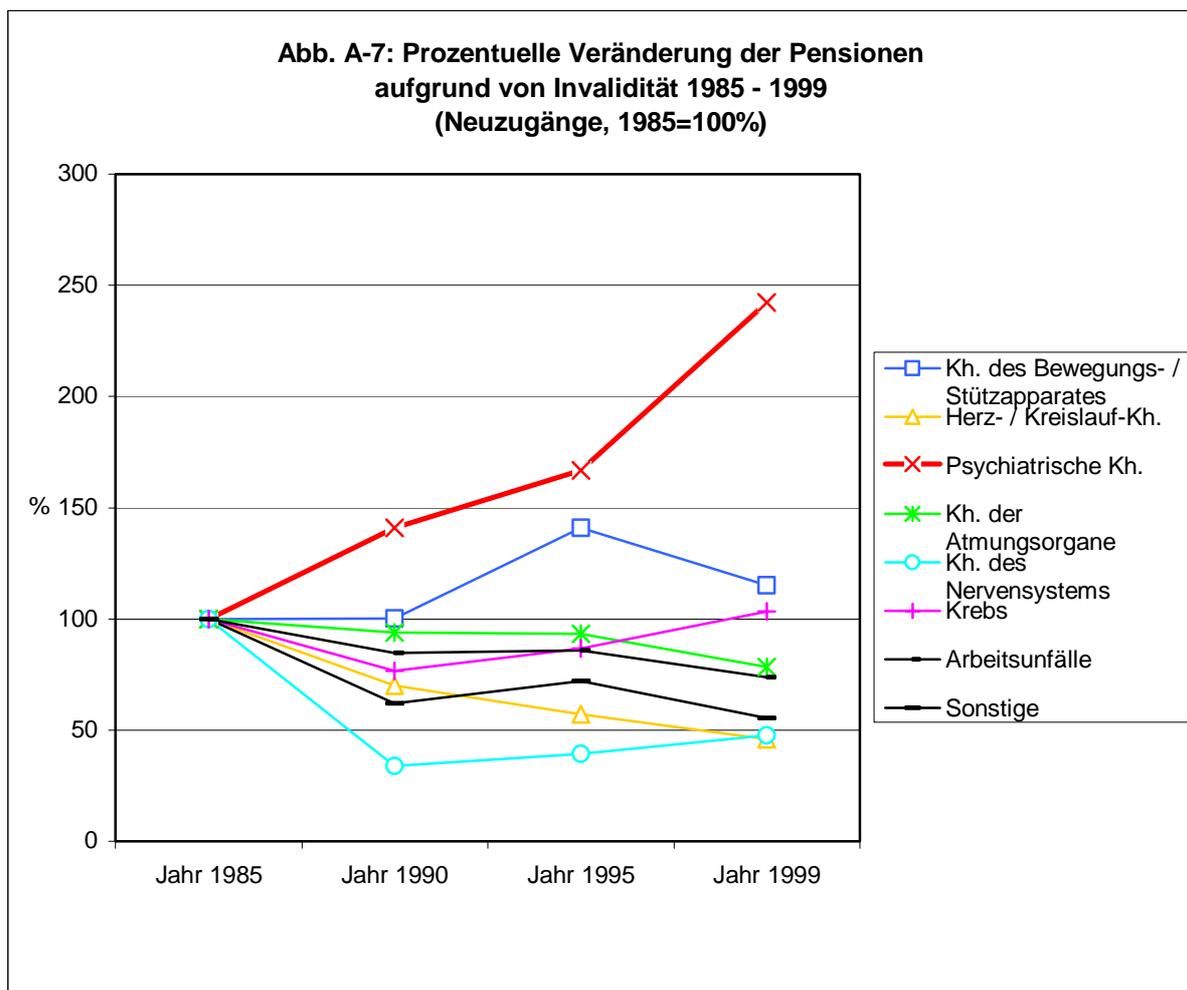
Quelle: Wörister 2000



Quelle: Wörister 2000

Im langjährigen Vergleich nehmen Pensionierungen aufgrund von Invalidität wegen psychischer Krankheiten stark zu. Von 1985 auf 1999 sind sie um das Zweieinhalbfache gestiegen, obwohl im gleichen Zeitraum (Abb. A-7) die jährlichen Neuzugänge insgesamt

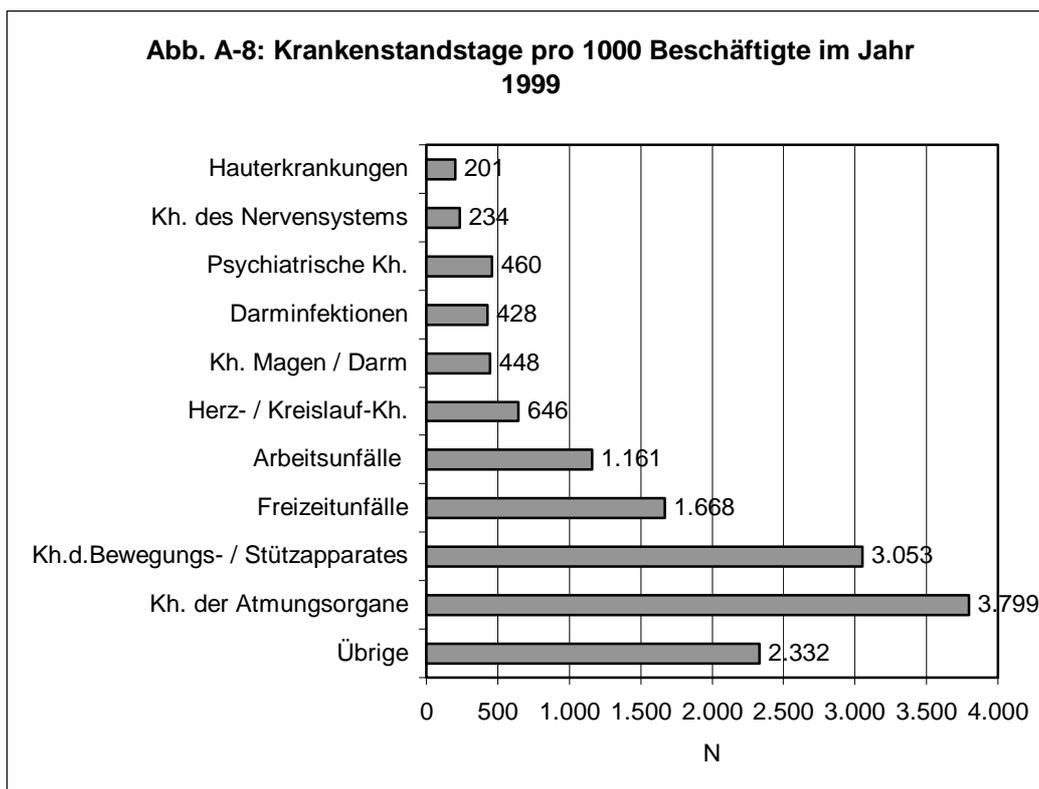
abgenommen haben (von 28.346 auf 24.836). Im Jahr 1985 wurde 1.938 Personen die Pension wegen einer psychischen Krankheit zuerkannt, 10 Jahre später waren dies 3.233 Personen und im Jahr 1999 bereits 4.697 Personen. Deutlich geringere Zunahmen waren bei den Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates sowie bei den Krebserkrankungen zu beobachten. Bei allen anderen Krankheiten waren als Ursache für Pensionen aufgrund von Invalidität teilweise deutliche Rückgänge zu verzeichnen, manche Krankheiten sind sogar auf weniger als die Hälfte zurückgegangen.



Quelle: Wörister 2000

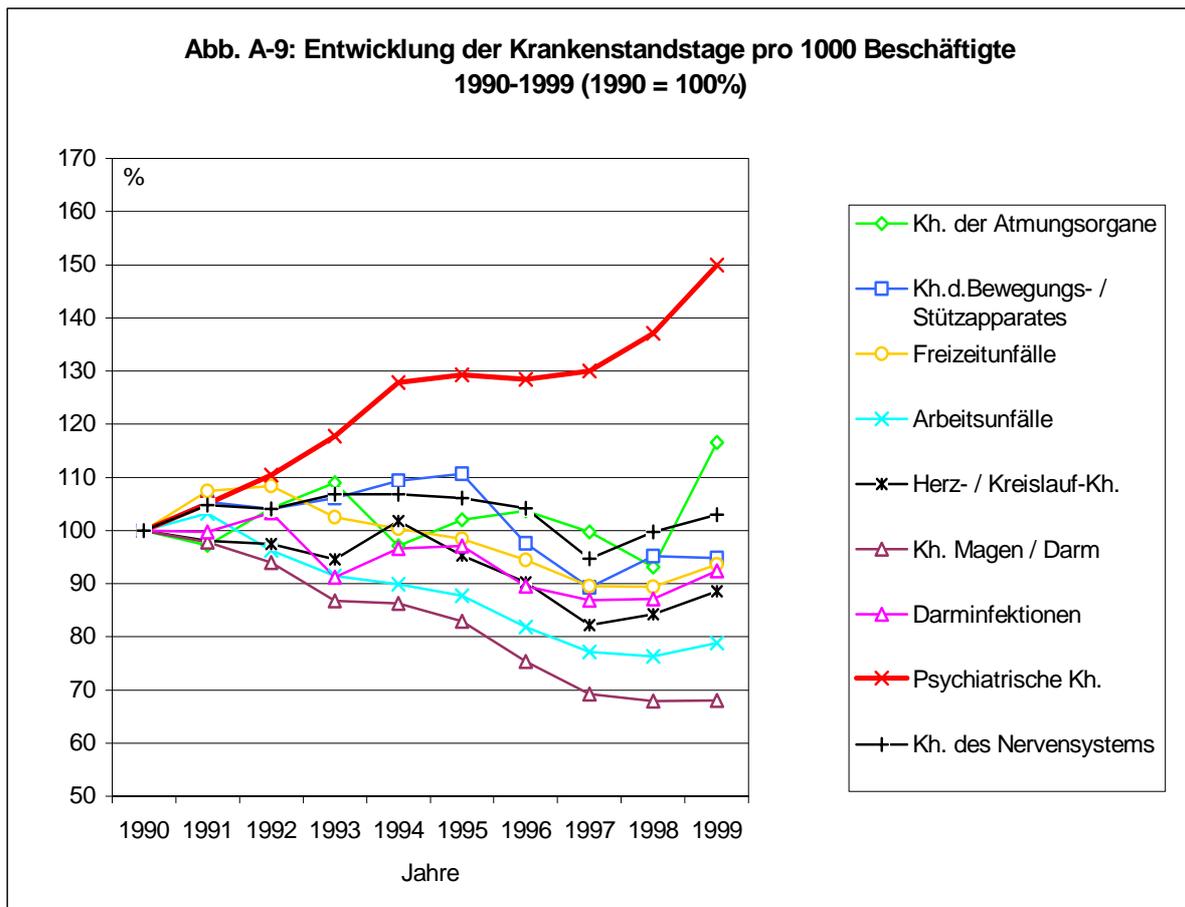
Krankenstandstage

Im Jahr 1999 kamen auf 1.000 Beschäftigte 14.431 Krankenstandstage. Bei psychiatrischen Erkrankungen waren es insgesamt nur 460 Krankenstandstage pro 1.000 Beschäftigte, während dieser Wert bei anderen Krankheitsgruppen (z.B. Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates oder der Atmungsorgane) viel höher war (Abb. A-8).



Quelle: Wörister 2000

Zwischen den Jahren 1990 und 1999 sind die Krankenstandstage pro Jahr und 1.000 Beschäftigten von 15.161 auf 14.431 leicht zurückgegangen. Während die meisten Krankheitsgruppen als Ursache für Krankenstandstage zurückgingen, haben psychiatrische Krankheiten, Krankheiten des Nervensystems und jene der Atmungsorgane zugenommen (Abb. A-9). Psychiatrische Krankheiten zeigen in diesem Zeitraum die stärkste Zunahme, nämlich auf das 1,5-fache (von 307 auf 460 Krankenstandstage pro 1.000 Beschäftigte), während die Krankheiten des Nervensystems und jene der Atmungsorgane eine geringere Zunahme aufwiesen.

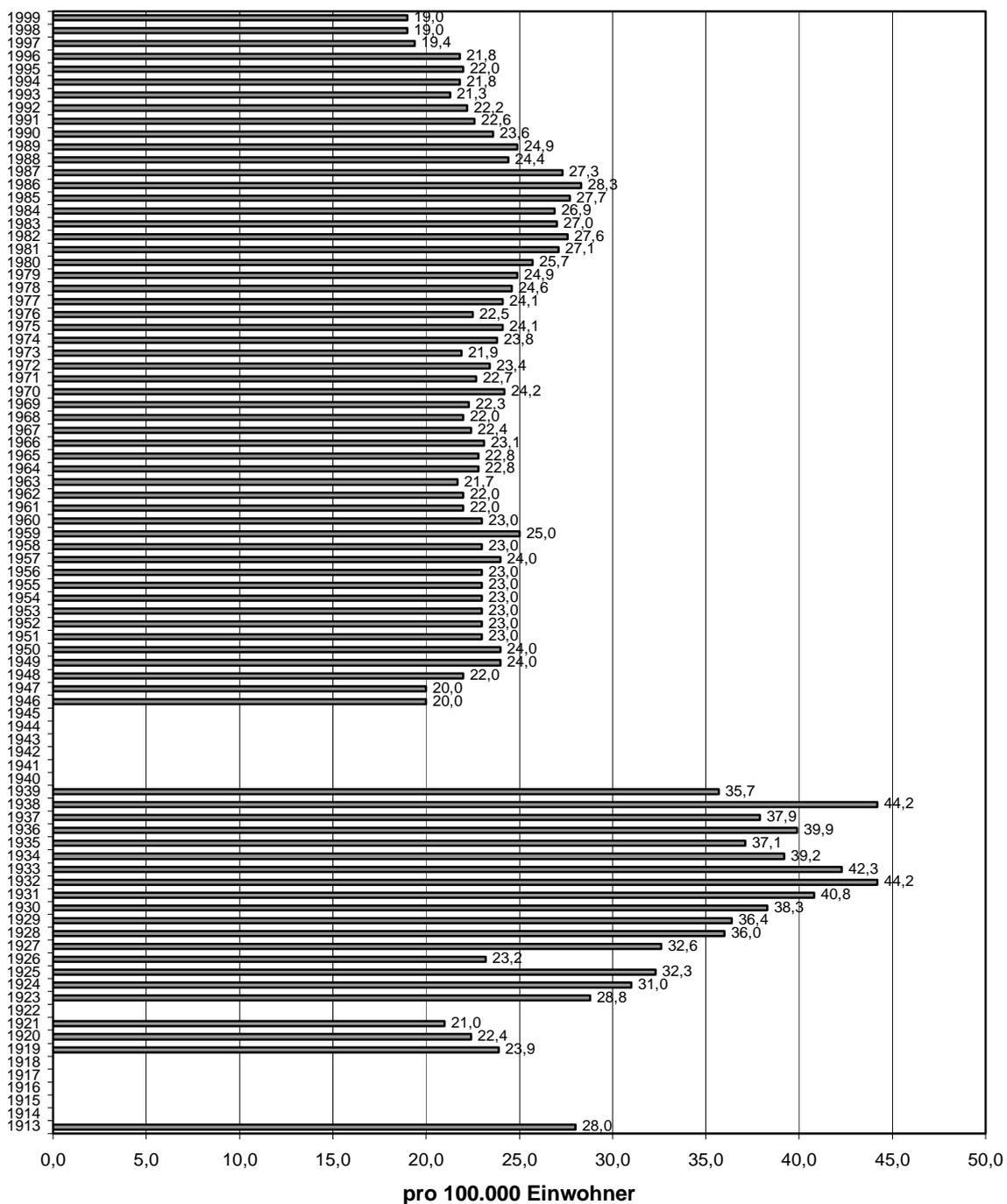


Quelle: Wörister 2000

A 5. Suizidales Verhalten

Österreich hatte traditionell eine hohe Suizidrate, die jedoch nach 1986, als sie Werte von über 28 je 100.000 Einwohner erreicht hatte (Absolutwert 2.139), deutlich gesunken ist (s. Abb. A-10). In den letzten drei Jahren liegt sie erstmals seit 1945 unter 20 je 100.000 Einwohner. Als besonders hohe Suizidraten gelten solche über 30 (z.B. Sri Lanka, Estland, Lettland, Litauen, Ungarn, Finnland), als hohe Raten solche zwischen 20 und 30 (Belgien, Dänemark, Frankreich, Österreich bis 1996 und die Schweiz), als mittlere Raten solche zwischen 10 und 20 (z.B. Schweden, Deutschland, Japan, Kanada, die USA und - seit 1997 - Österreich), und als niedrige Raten alle unter 10 (z.B. Niederlande, Großbritannien, Spanien, Italien, Griechenland).

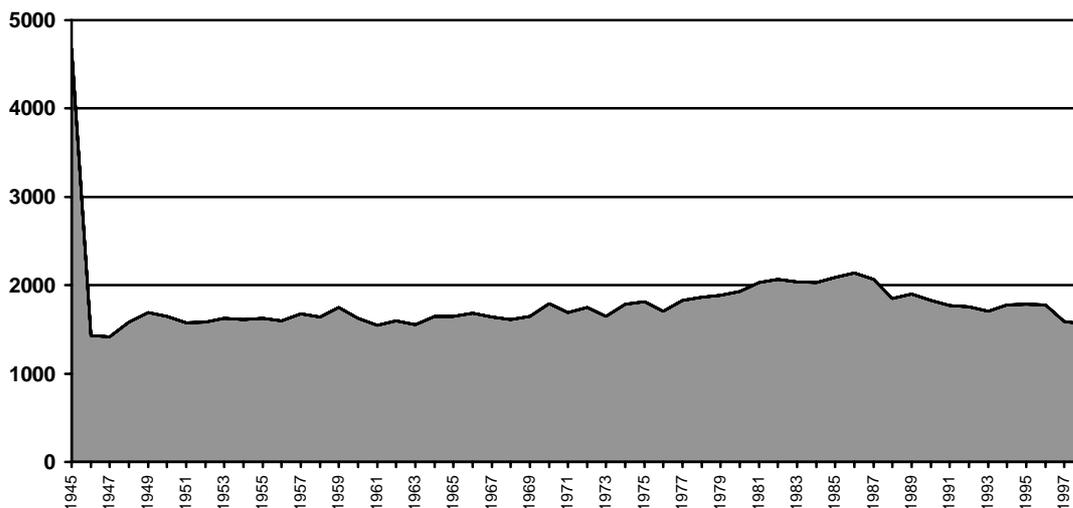
**Abb. A-10: Suizidraten in Österreich
auf 100.000 Einwohner (1913-1999)**
(für Jahre ohne Balken sind keine Daten verfügbar)



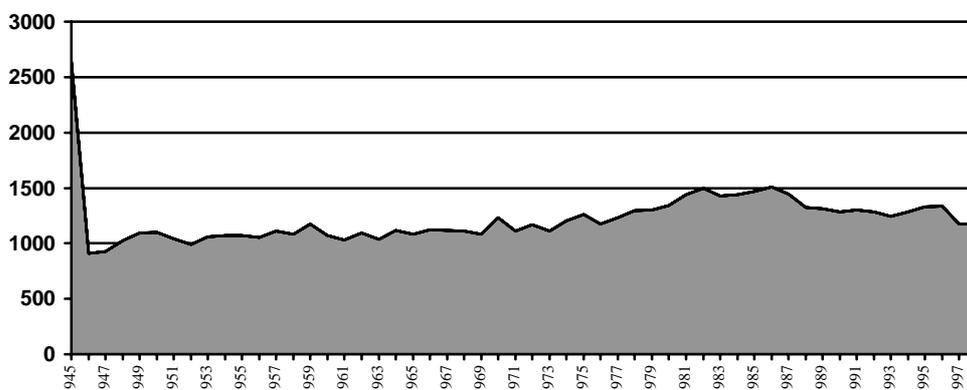
Im Schnitt der letzten 10 Jahre liegt die Steiermark mit einer Suizidrate von 27 an der Spitze, gefolgt von Salzburg und Kärnten mit jeweils 25 und Wien und Oberösterreich mit jeweils 23 auf 100.000. Diese Suizidrate entspricht auch der durchschnittlichen gesamtösterreichischen Suizidrate der letzten 10 Jahre von 23. Niederösterreich folgt mit 22, Tirol mit 20, am Ende rangieren Vorarlberg und das Burgenland mit jeweils 19.

Betrachtet man die Entwicklung des Suizids in Österreich in absoluten Zahlen, so zeigt sich ein Anstieg ab 1865, wobei die Zeiten vor den beiden Weltkriegen, aber auch das Jahr 1945 besonders deutlich hervorstechen. In absoluten Zahlen ausgedrückt schwankt die Zahl der Selbstmorde in Österreich seit 1945 zwischen rund 1.500 und über 2.000 pro Jahr. Dabei kam es nach dem 2. Weltkrieg zu einem langsamen, kontinuierlichen Anstieg bis zu einem Gipfel im Jahr 1986, worauf ein deutlicher Rückgang bis auf 1.555 im Jahre 1999 (Abb. A-11) folgte.

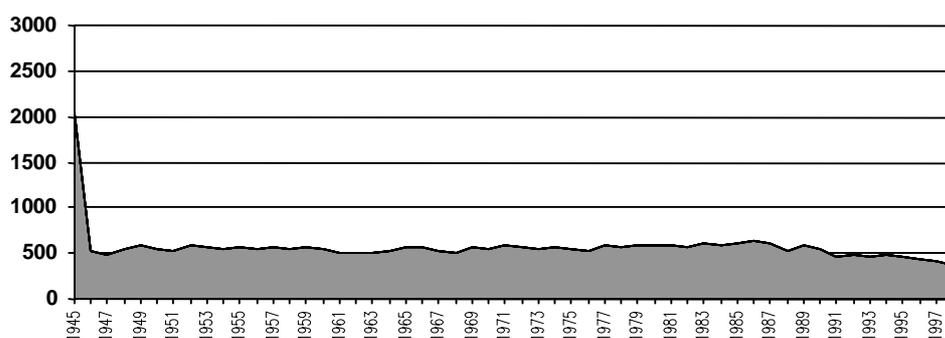
Abb. A-11: Suizide Österreich Gesamt



Diese Veränderungen sind jedoch regional recht unterschiedlich. So gingen z.B. in Kärnten, einem Bundesland mit traditionell hoher Suizidrate, die Raten bereits einige Jahre früher zurück, ähnlich wie in der Steiermark. Wien wiederum verzeichnet erst Anfang der 50er Jahre einen Anstieg und einen deutlichen Rückgang Anfang der 70er Jahre, dann einen langsamen Anstieg bis 1986 und einen deutlichen und kontinuierlichen Rückgang ab dieser Zeit. Salzburg zeigt diesen Rückgang zwei Jahre später, das Burgenland, Niederösterreich und Vorarlberg liegen im Gesamtbundestrend, ebenso wie Oberösterreich und Tirol; in den beiden zuletzt genannten Bundesländern steigen jedoch die Raten seit 1991 wieder an.

Abb. A-12: Suizide Österreich, Männer

Der deutliche Rückgang der Suizidraten in Österreich nach 1986 wurde bis 1993 auch von den Männern mitgetragen, dann erfolgte jedoch bis 1996 bei diesen generell wieder ein leichter Anstieg und erst dann ein erneuter Rückgang (Abb. A-12). Die Suizidraten der Frauen gingen hingegen kontinuierlich zurück (Abb. A-13), weshalb sich die Gesamtsuizidrate über einige Jahre auf gleichem Niveau hielt.

Abb. A-13: Suizide Österreich, Frauen

Die Suizidrate der Männer ist in unseren Breiten etwa doppelt so hoch wie jene der Frauen und das Risiko an Suizid zu versterben steigt mit zunehmendem Alter (während Männer z.B. bis zum fünfzehnten Lebensjahr eine Suizidrate von 2 und Frauen eine solche von 1 haben, haben Männer im Alter von 85 Jahren und darüber eine Suizidrate von rund 120, Frauen aber eine solche von etwa 33).

Die Entwicklung der Suizidraten der jungen Menschen zeigt nach einem Anstieg bis zu 1981 (bei den 10-14-jährigen bereits 1971) durchgehend einen deutlichen Rückgang, wenn auch bei den ganz jungen 10-14-jährigen von 1991 bis 1998 wieder ein Anstieg zu verzeichnen ist. Da es sich aber bei dieser Altersgruppe um eine glücklicherweise sehr niedrige Suizidrate handelt, zwischen 0,4 und 2,3, ist hier auch über längere Zeiträume immer mit relativ starken Schwankungen zu rechnen.

Der Suizid des alten Menschen ist, wie aus den Daten hervorgeht, zu einem großen Problem geworden. Die Rate der über 85-jährigen Männer liegt fast 140 % über der Rate der Altersgruppe der 60-64-jährigen. Ähnliche Anstiege werden auch in Deutschland, Italien und in den USA beschrieben. In den Niederlanden allerdings (Hendin 1995) ist die Suizidrate der über 50-jährigen von 1992 bis 1994 um über 30% gefallen. Dies ist die Altersgruppe, die bevorzugt aktive Sterbehilfe in Anspruch nimmt. Die Raten für alte Männer in Österreich sind unvergleichlich höher als die für alte Frauen, ein Befund, der auch in den meisten anderen Ländern gilt.

Tab. A-6: Suizide bezogen auf den Familienstand pro 100.000 (Wien, 1998)

Familienstand	Suizidraten nach Geschlecht		
	zusammen	weiblich	männlich
ledig	10,6	3,6	17,0
ledig ab 20 Jahre	20,1	7,3	31,1
verheiratet	12,3	5,7	18,7
verwitwet	31,2	19,2	98,5
geschieden	61,0	26,4	120,0

Bezieht man die Suizide auf den Familienstand und berechnet man die Anzahl auf die jeweilige Bevölkerungsgruppe, so zeigt sich (Tab. A-6), dass die Ledigen die geringste, die Geschiedenen die höchste Suizidrate haben. Zieht man jedoch von der ersteren Gruppe jene ab, die aufgrund ihres Alters nicht verheiratet sind (0-14-jährige) oder nur wie bei den 15-19-jährigen in weniger als einem Prozent, so wird deutlich, dass die Verheirateten die geringste Suizidrate haben; die Rate der Ledigen ist fast doppelt so hoch, die der Verwitweten drei Mal und die der Geschiedenen fünf Mal so hoch. Dieser Effekt ist bei Männern noch deutlicher als bei Frauen, deren Suizidrate auch bei den Ledigen noch unter der Rate aller Frauen (8,7) liegt, während nur bei den verheirateten Männern die Rate niedriger ist als die Gesamtrate (26,3).

Die häufigste Suizidmethode in Österreich ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen das Erhängen. Fast 40 % aller Suizide der Frauen werden durch Erhängen verübt, etwa 25 % durch Vergiften und 14 % durch Sturz aus der Höhe. Bei Männern werden fast 50 % aller Suizide durch Erhängen, 20 % durch Erschießen und fast 10 % durch Vergiften vollzogen.

Über die Anzahl der Suizidversuche gibt es nur Vermutungen, weil hier eine genaue Erhebung außerordentlich schwierig und aufwendig ist. Eine Gesamtzahl von etwa 25.000 - 30.000 Suizidversuchen pro Jahr scheint jedoch - nach regionalen Untersuchungen hochgerechnet - nicht übertrieben (Etzersdorfer et al., 1994 a,b, Schmidtke et al., 1996). Dabei handelt es sich in der überwiegenden Mehrzahl um Vergiftungen sowie Alkohol- und Medikamentenüberdosierungen (Sonneck 2000a).

B Die im psychiatrischen Bereich tätigen Berufsgruppen und ihre Arbeitsfelder

Zur Zeit der Entdeckung der modernen Psychopharmaka zwischen 1950 und 1960 gab es nur zwei Berufsgruppen, die sich offiziell mit der Versorgung psychisch Kranker befassten: Fachärzte für „Nerven- und Geisteskrankheiten“ (die gleichzeitig Neurologen und Psychiater waren) und Krankenpflegepersonal (das noch keine eigene reglementierte psychiatrische Ausbildung hatte, die erst 1961 eingeführt wurde). Diese beiden Gruppen waren überwiegend in psychiatrischen Anstalten tätig.

Seither hat sich das Bild in fast allen Industrienationen stark gewandelt, und es gibt heute eine große Zahl von Berufsgruppen, die im psychiatrischen und psychosozialen Feld tätig sind. Dies hat vorwiegend zwei Gründe: durch die modernen Psychopharmaka, aber auch durch anderer Faktoren, wie größere Toleranz in der Bevölkerung und ökonomische Gründe, haben die psychiatrischen Krankenhausbetten überall deutlich abgenommen, und viele psychisch Kranke, die früher ihr ganzes Leben in Anstalten verbracht hätten, leben heute überwiegend außerhalb von Krankenanstalten. Auf der anderen Seite hat sich seit damals auch die Schwelle für das Erkennen psychischer Störungen gesenkt, und viele Personen, die früher keine Hilfe erhalten hätten, erhalten heute fachliche Hilfe, und zwar von Berufsgruppen, die es entweder früher noch nicht gab oder die sich an die neue Situation adaptiert haben. Ob diese Hilfe in der „richtigen“ Art und Weise erfolgt und ob sie quantitativ ausreichend ist, wird in dieser Dokumentation über die verschiedenen heute im psychosozialen Bereich tätigen Berufsgruppen nicht diskutiert.

Zu diesen zunehmend in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen zählen Klinische und Gesundheitspsychologen sowie Psychotherapeuten, Sozialarbeiter und Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Kunsttherapeuten; aber auch Laienhelfer und Angehörige leisten entscheidende Hilfe und es beginnt sich eine Entwicklung abzuzeichnen, in der auch Betroffene selbst anderen Betroffenen helfen (in den USA wird hier der Begriff „peer specialist“ verwendet).

Die berufliche Szene ist also vielschichtiger geworden, und die klassische Vorrangstellung der Psychiater ist in Frage gestellt. So gibt es etwa in Österreich schon mehr als 5.000 Psychotherapeuten, aber nur rund 800 Fachärzte für Psychiatrie bzw. Psychiater und

Neurologie (rund 1.350 wenn auch die Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie gezählt werden). Die nicht-psychiatrischen Berufsgruppen stehen in einem Prozess der zunehmenden Professionalisierung, was sich nicht nur in neuen Berufsbezeichnungen äußert (Ergotherapeut statt Beschäftigungstherapeut, Diplomierter Sozialarbeiter (DSA) statt Fürsorger, Physiotherapeut statt Heilgymnastiker) sondern auch im Setzen professioneller Standards, was sich nicht zuletzt in verbesserten Ausbildungscurricula niederschlägt.

Psychotherapie ist im letzten Jahrzehnt zunehmend bedeutsam geworden. Das österreichische Psychotherapiegesetz aus dem Jahre 1990 ging den Weg, mit der Schaffung des neuen Berufes des Psychotherapeuten sofort eine spezifische hochqualifizierte Ausbildung anzubieten, und seit 1995 bietet die Österreichische Ärztekammer sogenannte PSY-Diplome für alle ihre Mitglieder (also nicht nur für Psychiater) an, um die im Studium und in der Facharztausbildung lange Zeit vernachlässigte psychosoziale Kompetenz der Ärzte zu steigern. Erst im Oktober 2000 hat sich die „Österreichische Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie“ in die „Österreichische Gesellschaft für Neurologie“ und die „Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie“ (und nicht etwa nur „Psychiatrie“) gespalten.

B 1. Ärzte

„PSY-Diplome“ der Österreichischen Ärztekammer

Ärzte für Allgemeinmedizin sind innerhalb der Medizin die häufigste Anlaufstelle für Personen mit psychischen Störungen. Die Gründe dafür sind vielfältig. Besonders relevant ist das Motiv der Stigma-Vermeidung, also der Versuch, den Kontakt mit der offiziellen Psychiatrie zu vermeiden, um Benachteiligungen bei Bekanntwerden dieser Tatsache zu entgehen. Außerdem sind praktische Ärzte, besonders am Land, viel einfacher erreichbar als Fachärzte, und schließlich sind mit psychischen Störungen tatsächlich sehr oft körperliche Probleme verbunden, sodass der Besuch des praktischen Arztes nahe liegt.

Epidemiologischen Studien zufolge leidet jeder dritte Patient, der einen Arzt für Allgemeinmedizin aufsucht, unter einer behandlungsbedürftigen psychischen Krankheit, wobei Angststörungen und Depressionen überwiegen. Aber auch Internisten, Gynäkologen, Dermatologen und auch Ärzte aller anderen Fachrichtungen in der Medizin sind mit psychisch Kranken konfrontiert. Dem steht ein Mangel an entsprechender Ausbildung

gegenüber. Dies gilt zum einen für das universitäre Studium, das derzeit allerdings in Österreich in Richtung mehr Praxiskompetenz reorganisiert wird. Zum anderen ist bis vor kurzem die postpromotionelle Ausbildung des Arztes für Allgemeinmedizin frei von Psychiatrie gewesen (seit einigen Jahren müssen während der Turnusausbildung 2 Monate Psychiatrie oder Neurologie absolviert werden).

Im Bestreben, der Ärzteschaft im Hinblick auf psychosoziales, psychosomatisches und psychotherapeutisches Wissen und Handeln eine verbesserte Kompetenz zu vermitteln, sind seit 1989 von der Österreichischen Ärztekammer Richtlinien für Diplomlehrgänge als postpromotionelle Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten entwickelt worden. Die drei Lehrgänge (Psychosoziale Medizin, Psychosomatische Medizin und Psychotherapeutische Medizin) umfassen in unterschiedlichem Ausmaß sowohl Theorie und deren praktische Umsetzung als auch Selbsterfahrung und Supervision. Die Lehrgänge wurden von der Österreichischen Ärztekammer 1995 beschlossen. Die Absolventen der Lehrgänge erhalten ein Diplom der Österreichischen Ärztekammer.

Die Zeitdauer der Fortbildung beträgt (nach Bundesland und Veranstalter variierend) für den Lehrgang „Psychosoziale Medizin“ (Modul PSY I) 1-2 Semester, für den Lehrgang „Psychosomatische Medizin“ (Modul PSY II) 3-4 Semester und für den Lehrgang „Psychotherapeutische Medizin“ (Modul PSY III) 4-6 Semester. Die einzelnen Lehrgänge müssen aufeinanderfolgend besucht werden, wobei bei Absolvierung der Facharztweiterbildung die Module „Psychosoziale Medizin“ und „Psychosomatische Medizin“ als absolviert gelten, wenn ein spezieller Lehrgang „Psychotherapeutische Medizin für Psychiater“ besucht wird.

Die erforderliche Stundenzahl für die einzelnen Lehrgänge beträgt für „Psychosoziale Medizin“ 180, für „Psychosomatische Medizin“ 480 und für „Psychotherapeutische Medizin“ 1.870 Stunden.

Ende 2000 hatten in Österreich 1103 Ärzte das PSY-Diplom I für „Psychosoziale Medizin“, 1.046 das PSY-Diplom II für „Psychosomatische Medizin“ und 929 das PSY-Diplom III für „Psychotherapeutische Medizin“ (Tab. B-1). In der letzten Gruppe waren 547 (58.9 %) Fachärzte für Psychiatrie; wenn zusätzlich die 30 Fachärzte für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie mit ursprünglicher Fachzulassung für Kinderheilkunde gezählt

werden, sind es 577 (62,1%). Umgekehrt ausgedrückt sind rund 40% Nicht-Psychiater, beim PSY-Diplom I sind hingegen rund 80% Nicht-Psychiater.

Tab. B-1: Anzahl aller Ärzte mit einem PSY-Diplom der Österreichischen Ärztekammer je Bundesland (12/2000)

	Dipl. Psychosoz. Med. (PSY I)	Dipl. Psychosom. Med. (PSY II)	Dipl. Psychotherap. Med. (PSY III)
Burgenland	23	19	9
Kärnten	99	96	76
Niederösterreich	293	223	108
Oberösterreich	101	87	75
Salzburg	103	115	69
Steiermark	123	101	92
Tirol	59	76	58
Vorarlberg	74	83	56
Wien	228	246	386
Gesamt	1103	1046	929

Quelle: ÖÄK (Stand 12/2000)

Fachärzte für Psychiatrie

Als ärztliches Fachgebiet umfasst die Psychiatrie alle Maßnahmen der Erkennung, der nicht-operativen Behandlung, der Prävention, der Rehabilitation und der Begutachtung bei psychischen Krankheiten sowie bei psychischen Verhaltensauffälligkeiten. Fachärzte für Psychiatrie sind für die Behandlung psychischer Krankheiten, wie sie im Kapitel F der Internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO (ICD-10) oder ähnlichen internationalen Klassifikationssystemen beschrieben sind, zuständig. Die Behandlung kann mit somatotherapeutischen (wie zum Beispiel medikamentösen Verfahren), psychotherapeutischen und soziotherapeutischen – häufig unter gleichzeitiger Anwendung mehrerer dieser Verfahren - erfolgen.

Neben der traditionellen unmittelbaren Zusammenarbeit mit Pflegepersonen ist heute die erweiterte Teamarbeit mit verschiedenen anderen Berufsgruppen wie beispielsweise Ergotherapeuten oder Sozialarbeitern nötig. Diese Zusammenarbeit erfolgt im stationären, teilstationären (z.B. Tageskliniken) und ambulanten bzw. komplementären (z.B. Tagesstätten oder Wohnheime) Arbeitsfeld.

Für die Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie sind bereits seit langer Zeit insgesamt 6 Jahre klinischer Tätigkeit in verschiedenen Fachgebieten erforderlich (4 Jahre Psychiatrie, 1 Jahr Neurologie, 1 Jahr Interne Medizin). Die Weiterbildung zum Facharzt erfolgt derzeit nach der Ärzteausbildungsordnung 1994. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf der praktischen Ausbildung unter Anleitung. Eine Theorieausbildung ist zwar gefordert, aber nicht näher spezifiziert. (In anderen Ländern, wie z.B. in Deutschland oder in der Schweiz, ist in der Ausbildungsordnung auch für die Theorieausbildung eine genaue Stundenanzahl für einzelne Bereiche der Theorieausbildung angegeben.)

In der Ausbildungsordnung 1994 wurde irrtümlich als Lehrziel für therapeutische Fähigkeiten nur die Indikationsstellung für somatotherapeutische, psychotherapeutische und soziotherapeutische Verfahren angegeben. Anlässlich der Neugestaltung aller Ausbildungsordnungen wurde von Seiten der Österreichischen Fachgesellschaft (früher Österreichische Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie [ÖGNP], seit Oktober 2000 Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie [ÖGPP]) sehr darauf gedrungen, dass neben der Durchführung von somatotherapeutischen und soziotherapeutischen Verfahren auch die Behandlung mit psychotherapeutischen Verfahren („psychotherapeutische Medizin“) Eingang in die Ausbildungsordnung und das Rasterzeugnis findet.

Wie in allen anderen medizinischen Fachbereichen sind der Umfang und die Inhalte der Weiterbildung in einem „Weiterbildungsbuch“ genauer spezifiziert (Rotation, Umfang des Theorieunterrichts, Ausmaß der Supervision, Dokumentation von Behandlungen etc.). Dieses „Weiterbildungsbuch“ wurde von der Fachgesellschaft konzipiert und zur Anwendung empfohlen. Das Erreichen der Lehrziele der Weiterbildung zum Facharzt soll in einem dazugehörigen Rasterzeugnis bestätigt werden. Die vom Vorstand der Österreichischen Ärztekammer im Mai 1998 beschlossenen Rasterzeugnisentwürfe wurden mittlerweile auch vom Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen akzeptiert und sollen demnächst gesetzlich beschlossen werden.

Neu ist in Österreich auch die Einführung einer Facharztprüfung: Ärzte, die ab 1. Jänner 1997 mit der Weiterbildung zum Facharzt begonnen haben (inklusive Gegenfächer), müssen eine Facharztprüfung ablegen. Die Richtlinien zur Durchführung der Facharztprüfung Psychiatrie

wurden gemeinsam von der Österreichischen Ärztekammer und der ÖGNP (ÖGPP) erarbeitet. Die erste Facharztprüfung Psychiatrie wird 2002 durchgeführt werden.

Seit 1992 existiert ein „European Board of Psychiatry“ im Rahmen der „Union of European Medical Specialists“ (UEMS) in Brüssel. Die UEMS hat auf dem Gebiet der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie bereits mehrere (allerdings noch unverbindliche) Richtlinien ausgearbeitet, die auch die Fortentwicklung der Weiterbildung in Österreich beeinflusst haben.

Historisch ist anzumerken, dass Österreich eines der letzten Länder der Welt war, das noch einen gemeinsamen Facharzt für Psychiatrie und Neurologie hatte, als es 1994 die Facharztweiterbildungen völlig trennte. Die meisten heute berufstätigen Psychiater sind deshalb berechtigt sowohl Psychiatrie als auch Neurologie zu praktizieren. Schwerpunktmäßig konnte man sich aber für Psychiatrie oder Neurologie entscheiden (und musste für das „Hauptfach“ jeweils 4 Jahre verwenden). In der Praxis, besonders in ländlichen Gegenden sind aber beide Typen von Fachärzten meistens zu gleichen Teilen in beiden Gebieten tätig.

Tab. B-2: Anzahl der Fachärzte für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Neurologie und Psychiatrie sowie Neurologie je Bundesland (12/2000)

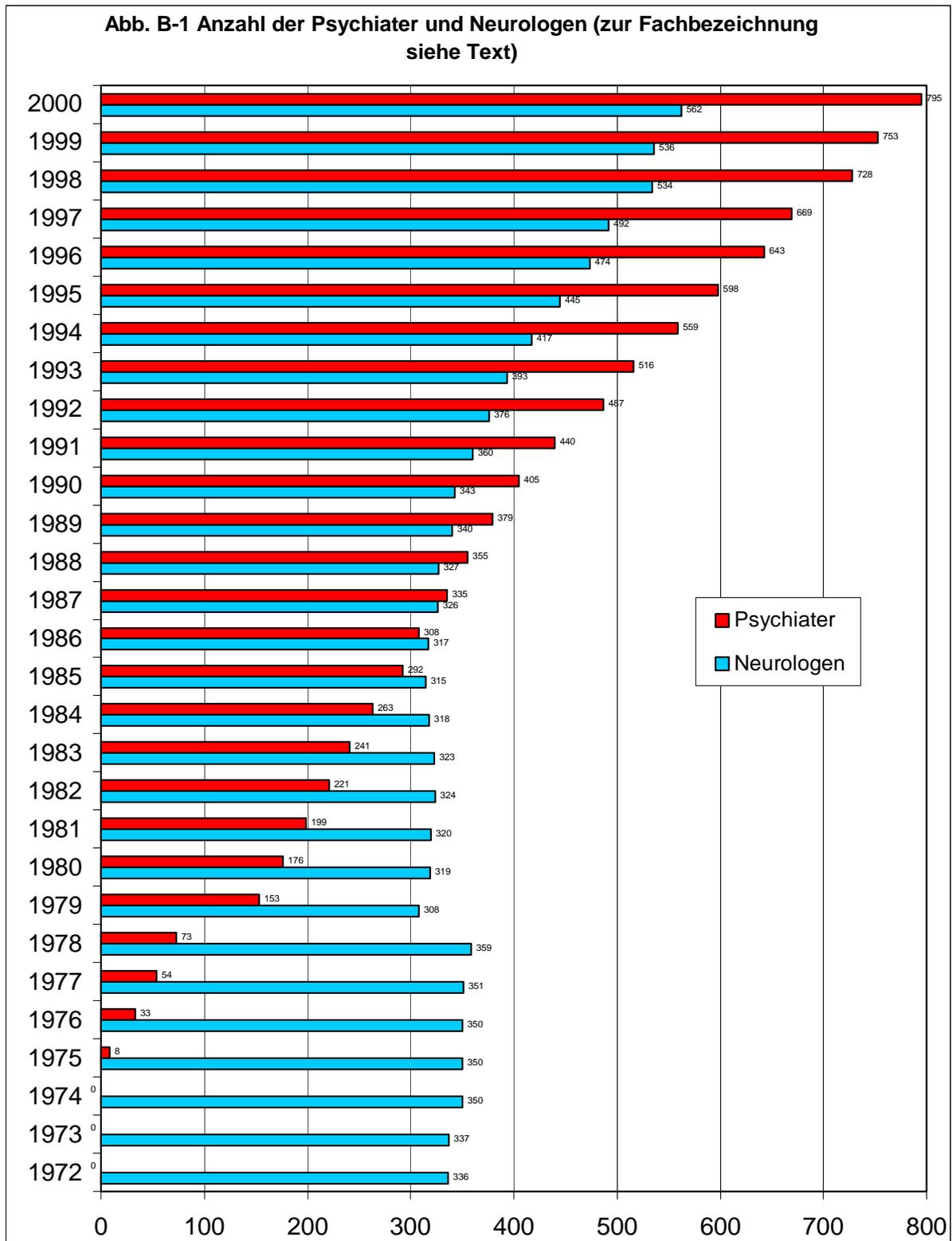
	Psychiatrie* (1)	Psychiatrie & Neurologie (2)	1+2 zusammen	Neurologie & Psychiatrie (3)	Zusammen (1+2+3)	Neurologie*
Burgenland	0	7	7	9	16	0
Kärnten	0	30	30	28	58	1
Niederösterreich	10	96	106	62	168	4
Oberösterreich	12	49	61	53	114	5
Salzburg	1	34	35	34	69	2
Steiermark	4	86	90	86	176	8
Tirol	7	78	85	52	137	5
Vorarlberg	2	42	44	11	55	3
Wien	15	330	345	186	531	11
Gesamt	51	752	803	521	1324	39

* Die getrennte Ausbildung zum „Facharzt für Psychiatrie“ und „Facharzt für Neurologie“ gilt erst für Ärzte, die ihre Ausbildung 1994 oder später begonnen haben.

Quelle: ÖÄK (Stand 12/2000)

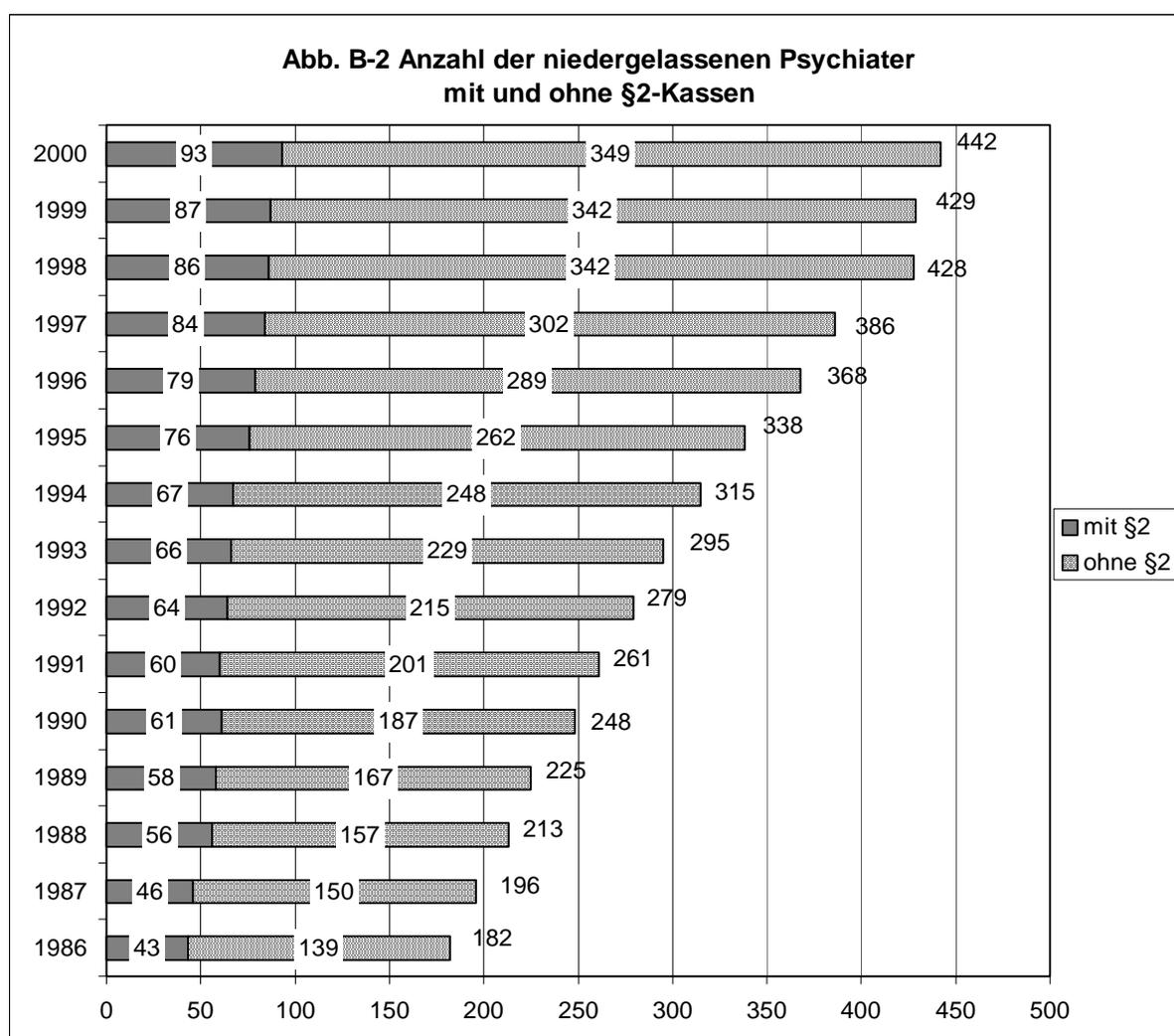
In Tabelle B-2 sind die verschiedenen Typen von Fachärzten nach Bundesland dargestellt. Dabei handelt es sich um alle Fachärzte, die in die Ärzteliste eingetragen sind, unabhängig

davon, ob, wo und in welchem Umfang sie tatsächlich ärztlich tätig sind.



Die zeitliche Entwicklung der Facharztzahlen in Österreich seit 1972 ist in Abb. B-1 dargestellt, die der niedergelassenen Psychiater seit 1986 in Abb. B-2. Zu Beginn der

Zeitreihe ist eine Besonderheit zu beachten: bis 1973 war die Bezeichnung „Nerven- und Geisteskrankheiten“ („Nervenärzte“) gebräuchlich. Ab 1974 trat die neue Ausbildungsordnung in Kraft – mit den beiden neuen Fachbezeichnungen „Neurologie und Psychiatrie“ sowie „Psychiatrie und Neurologie“. Die bis dahin geführten „Nervenärzte“ wurden in der Österreichischen Ärztekammer vorerst als „Neurologen“ geführt. Die Ärzte, die mit der Fachbezeichnung „Psychiatrie und Neurologie“ in der Statistik aufscheinen, erhielten neu ausgestellte Diplome. In den Landesärztekammern fanden Fragebogenaktionen unter den „Nervenärzten“ statt, für welches Fach sie votierten. Die „saubere“ Trennung in die beiden Fachrichtungen wurde in der Österreichischen Ärztekammer-Standesmeldung erst ab 1979 durchgeführt.



Tab. B-3: Ordinationen der Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie, für Psychiatrie, sowie für Neurologie und Psychiatrie in den Bundesländern (12/2000)

	FA f. Psychiatrie & Neurologie und FA. f. Psychiatrie				FA f. Neurologie & Psychiatrie			
	Alle Ordina- tionen	§2 Ordina- tionen	Anteil §2 Ord.	§2 je 100.000 EW	Alle Ordina- tionen	§2 Ordina- tionen	Anteil §2 Ord.	§2 je 100.000 EW
Burgenland	7	4	57,1%	1,4	8	3	37,5%	1,1
Kärnten	21	8	38,1%	1,4	18	2	11,1%	0,4
Niederösterreich	46	13	28,3%	0,8	34	13	38,2%	0,8
Oberösterreich	26	5	19,2%	0,4	28	20	71,4%	1,5
Salzburg	26	7	26,9%	1,4	25	8	32,0%	1,6
Steiermark	26	10	38,5%	0,8	41	16	39,0%	1,3
Tirol	31	12	38,7%	1,8	18	8	44,4%	1,2
Vorarlberg	28	10	35,7%	2,9	6	5	83,3%	1,4
Wien	231	24	10,4%	1,5	116	31	26,7%	1,9
Österreich	442	93	21,0%	1,1	294	106	36,1%	1,3

Quelle: Österreichische Ärztekammer

In Tab. B-3 sind die Ordinationen der beiden großen Facharztgruppen pro Bundesland dargestellt, außerdem der Anteil an Ordinationen mit §2-Kassen und deren Häufigkeit je 100.000 der Bevölkerung.

Für die Behandlung psychiatrischer und neurologischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sind Fachärzte mit dem Additivfach für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie zuständig. Diese Additivfachausbildung kann von Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde, Fachärzten für Psychiatrie (früher: Psychiatrie und Neurologie) oder Fachärzten für Neurologie (früher: Neurologie und Psychiatrie) im Anschluss an ihre ursprüngliche Fachausbildung absolviert werden. Für dieses Additivfach sind 3 Jahre zusätzlicher Ausbildung, davon mindestens 2 Jahre auf dem Gebiet der Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters erforderlich. Im Dezember 2000 gab es in Österreich 82 Fachärzte für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie. Davon sind 42 Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, 9 Fachärzte für Neurologie (früher: Neurologie und Psychiatrie) und 31 Fachärzte für Psychiatrie (früher: Psychiatrie und Neurologie).

PSY-Diplome für Fachärzte für Psychiatrie

Der Wunsch, Psychotherapie im Sinne der PSY-II und III-Diplome („Psychosomatische Medizin“ und „Psychotherapeutische Medizin“) als verpflichtenden Teil der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie zu verankern, wurde von der Österreichischen Ärztekammer abgelehnt. Das Argument der Ärztekammer war, dass die pflichtgemäße Vorschreibung der PSY-Diplome während der Facharztweiterbildung zu große organisatorische bzw. finanzielle Probleme mit sich brächte.

In der Praxis heißt dies, dass der Abschluss der PSY-Diplomausbildung weiterhin zeitlich unabhängig vom Abschluss der Facharzt Ausbildung erfolgt. Um die Integration der PSY-Diplomausbildung in die Facharztweiterbildung Psychiatrie zu erleichtern, wurde von der Ärztekammer eine eigene Richtlinie „Diplom Psychotherapeutische Medizin für Fachärzte für Psychiatrie“ in der Ärztezeitung veröffentlicht. Derzeit (Frühjahr 2001) sind 2 PSY-III-Curricula in Durchführung.

B 2. Psychologen

Für Psychologen, die im psychosozialen Bereich tätig sein wollen, gibt es zwei Möglichkeiten einer postgraduellen Ausbildung: die Ausbildung zum „Gesundheitspsychologen“ und zum „Klinischen Psychologen“. Beide Berufe sind eigenverantwortlich tätige, freie Gesundheitsberufe, deren Ausbildung und Berufsausübung im Psychologengesetz (BGBl. Nr. 360 / 1990) geregelt ist. Für beide ist die Berufsberechtigung an die Eintragung in die Liste der Klinischen Psychologen bzw. der Gesundheitspsychologen beim BMSG gebunden, womit genauere Daten über diese Berufsgruppen verfügbar sind.

Für beide Ausbildungen ist der Abschluss eines Hochschulstudiums der Psychologie Voraussetzung. Für die Ausbildung zum Gesundheitspsychologen sind zumindest 160 Stunden Theorie und 1480 Stunden Praxis in einschlägigen Einrichtungen (zumindest 150 Stunden in einem Jahr samt 120 Stunden Supervision bei einem Gesundheits- oder Klinischen Psychologen) vorgeschrieben. Für die Ausbildung zum Klinischen Psychologen sind zumindest 160 Stunden Theorie und 1480 Stunden Praxis in einschlägigen Einrichtungen (zumindest 800 Stunden in einem Jahr samt 120 Stunden Supervision bei einem Gesundheits- oder Klinischen Psychologen) vorgeschrieben.

Gesundheitspsychologen beschäftigen sich mit der Erforschung der Entstehungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit, sowie der Erstellung theoretischer Konzepte und der Schaffung konkreter Maßnahmen, um eine gesundheitsförderliche Umgebung zu etablieren. Dies umfasst Beratung und Behandlung im Zusammenhang mit Prävention und Gesundheitsförderung einschließlich der Vermeidung von Schadensfolgen insbesondere arbeits-, organisations-, eignungs-, und ökopyschologische Diagnostik, Beratung und Behandlung.

Klinische Psychologen befassen sich mit der klinisch-psychologischen Diagnostik, Erforschung und Behebung von krankheitsfördernden psychischen Beeinträchtigungen und Behandlung von psychischen Störungen, die von seelischen, körperlichen, sozialen, ökologischen und sonstigen Faktoren verursacht werden. Klinisch-psychologische Diagnostik ist die Untersuchung von Menschen hinsichtlich Leistungsfähigkeit, Persönlichkeitsmerkmalen, Verhaltensstörungen, psychischen Veränderungen und Leidenszuständen, sowie sich darauf gründende Beratung, Prognosen, Zeugnisse und Gutachten. Die klinisch-psychologische Behandlung beinhaltet die Anwendung psychologischer Behandlungsmethoden zur Prävention, Behandlung und Rehabilitation von Einzelpersonen und Gruppen.

Im Juni 2000 waren 2.952 Personen beim BMSG gemeldet, die eine oder beide dieser Ausbildungen absolviert hatten und zu dieser Zeit berufstätig waren. 88,5% hatten sowohl die Ausbildung zum Gesundheitspsychologen als auch jene zum Klinischen Psychologen absolviert. Zusätzlich waren auch 51 % aller Gesundheits- und/oder Klinischen Psychologen als Psychotherapeuten zugelassen.

Tab. B-4: Psychologen mit einer Zusatzausbildung als klinischer Psychologe und / oder Gesundheitspsychologe (Juni 2000)

Psychologen mit Zusatzausbildung	Personen	Anteil
Gesundheits- und Klinische Psychologen	2613	88,5%
nur Gesundheitspsychologen	165	5,6%
nur Klinische Psychologen	174	5,9%
Gesamt (Gesundheits- und/oder Klinische Psychologen)	2952	100,0%
davon mit Psychotherapieausbildung	1506	51,0%

Quelle: BMSG

Tab. B-5: Psychologen mit einer Zusatzausbildung als Klinischer Psychologe und/oder Gesundheitspsychologe und einer Psychotherapieausbildung je Bundesland (Juni 2000)

	Gesundheits- und/oder Klinische Psychologen	mit Psychotherapieausbildung	Anteil mit Psychotherapieausbildung
Burgenland	41	19	46,3%
Kärnten	182	100	54,9%
Niederösterreich	257	100	38,9%
Oberösterreich	261	123	47,1%
Salzburg	369	211	57,2%
Steiermark	333	146	43,8%
Tirol	253	120	47,4%
Vorarlberg	109	69	63,3%
Wien	1141	616	54,0%
Gesamt*	2952	1506	51,0%

Quelle: BMSG

* Sechs Personen ohne Ortsangabe sind nur hier enthalten

Die Tätigkeit als Gesundheits- oder Klinischer Psychologe kann sowohl freiberuflich (am „Berufssitz“), als auch im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses („Dienstszitz“) ausgeübt werden. 28,3% der Klinischen und/oder Gesundheitspsychologen sind freiberuflich tätig, 36,9% ausschließlich in einem Dienstverhältnis und 34,6% sowohl freiberuflich als auch in einem Dienstverhältnis. Rund zwei Drittel jener Psychologen, die auch freiberuflich tätig sind, sind auch als Psychotherapeuten zugelassen.

Abgesehen davon, dass der überwiegende Teil der Klinischen- und/oder Gesundheitspsychologen im städtischen Bereich angesiedelt ist, ist die Dichte der niedergelassenen Psychologen auch von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich. Im

Burgenland stehen für 10.000 Einwohner nur 0,9 Psychologen zur Verfügung, in Wien hingegen 5,12 (siehe Tabelle B-7).

Tab. B-6: Gesundheits- und Klinische Psychologen mit „Berufs- bzw. Dienstsitz“ (Juni 2000)

	Gesundheits- und/oder Klinische Psychologen		davon mit Psychotherapie	
	Personen	Anteil	Personen	Anteil
Berufssitz	836	28,3%	503	60,2%
Dienstsitz	1098	36,9%	334	30,4%
Berufs- und Dienstsitz	1021	34,6%	667	65,3%
Gesamt*	2952	100,0%	1506	51,0%

Quelle: BMSG

* hier sind 6 Personen enthalten, die weder einen Dienstsitz, noch einen Berufssitz angegeben haben

Tab. B-7: Gesundheits- und / oder Klinische Psychologen mit „Berufssitz“ je 10.000 Einwohner pro Bundesland (Juni 2000)

	Gesundheits- und/oder Klinische Psychologen mit Berufssitz	Raten je 10.000EW
Burgenland	25	0,90
Kärnten	101	1,79
Niederösterreich	160	1,04
Oberösterreich	131	0,95
Salzburg	246	4,79
Steiermark	183	1,52
Tirol	148	2,23
Vorarlberg	45	1,30
Wien	818	5,12
Gesamt	1857	2,30

Quelle: BMSG, eigene Berechnungen

B 3. Psychotherapeuten

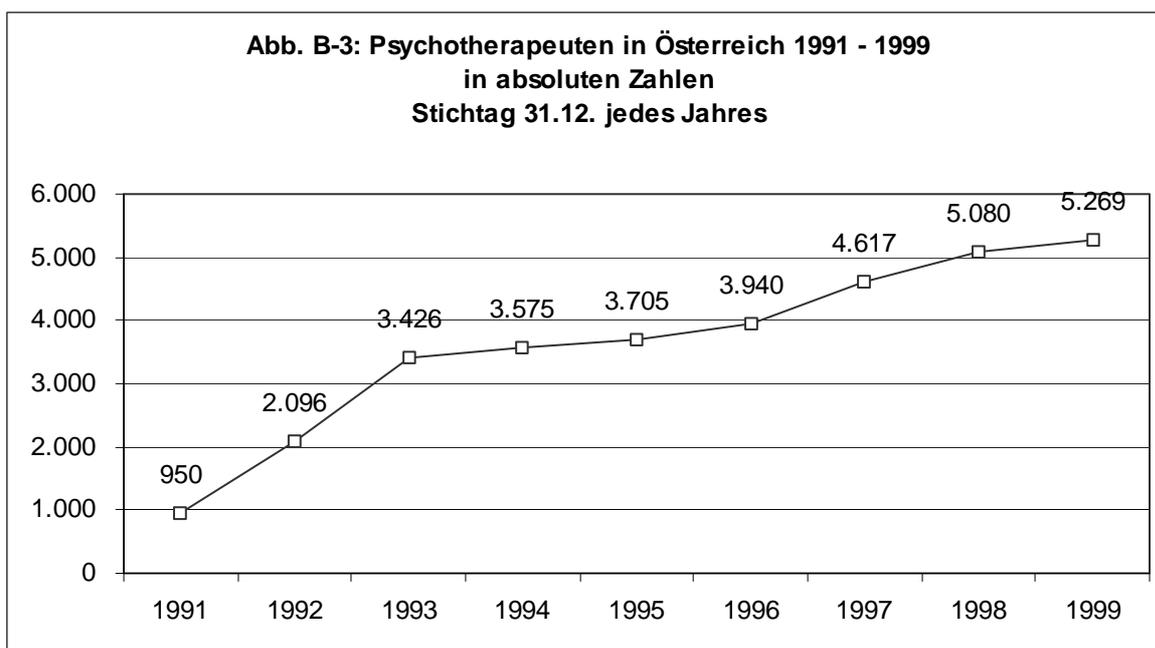
Mit dem Inkrafttreten des Psychotherapiegesetzes (BGBl. Nr. 361/1990) am 1.1.1991 wurde die Berufsausübung der Psychotherapeuten in Österreich als selbständige und freie Berufsgruppe im Gesundheitsbereich reglementiert. Im §1 Abs. 1 des Psychotherapiegesetzes wird Psychotherapie als „die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewusste und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern“ definiert. Die Ausbildungsrichtlinien zum Psychotherapeuten umfassen zwei Bereiche, nämlich die allgemeine Ausbildung im psychotherapeutischen Propädeutikum (mindestens 765 Stunden Theorie und 550 Stunden Praxis) und die wissenschaftlich-psychotherapeutische Methode im Fachspezifikum (mind. 300 Stunden Theorie und 1.600 Stunden Praxis). Für die Zulassung zur Ausübung des Berufs des Psychotherapeuten ist die Eintragung in die Psychotherapeutenliste beim BMSG notwendig. Dafür sind die Nachweise der entsprechenden Ausbildungen, ein ärztliches Zeugnis und ein Strafregisterauszug vorzuweisen. Personen, bei denen eine Voraussetzung für die Ausübung des Berufes eines Psychotherapeuten wegfällt, bzw. die mehr als fünf Jahre ihrem Beruf nicht nachgehen, werden aus der Psychotherapeutenliste gestrichen.

Es gab zwei Übergangszeitpunkte für die Eintragung in die Psychotherapeutenliste für Personen, die nicht die volle Ausbildung absolviert haben. Erstens den 30.6.1993, bis zu dem auch jene Personen in die Liste der berechtigten Psychotherapeuten aufgenommen werden konnten, die beim Inkrafttreten des Gesetzes bereits als Psychotherapeuten tätig waren; zweitens den 30.6.1998, bis zu dem auch jene Personen aufgenommen wurden, die bereits vor dem 1.1.1992 eine „gleichwertige Ausbildung“ begonnen hatten. Beide Zeitpunkte lassen sich auch im Entwicklungsverlauf der Anzahl der eingetragenen Psychotherapeuten erkennen.

Im Juni 2000 gab es in Österreich 5.203 Psychotherapeuten, die ihren Beruf ausübten, wovon 66% Frauen und 34% Männer waren. Innerhalb der ersten Übergangsfrist (bis 30.6.1993) wurden 2.630 dieser Personen in die Psychotherapeutenliste aufgenommen wovon 1.041

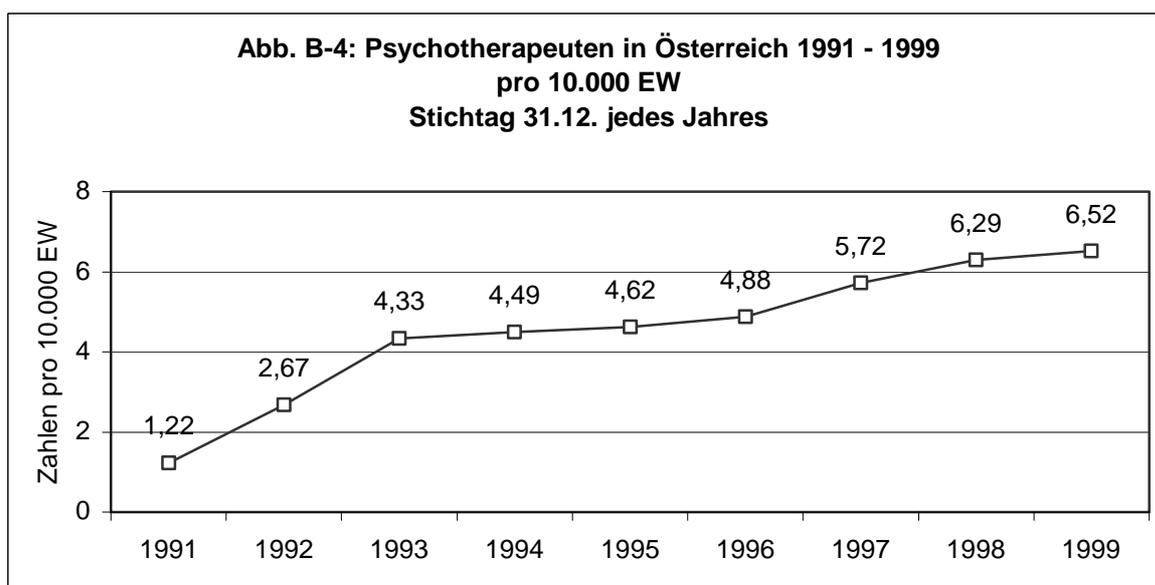
(40%) keine Fachbezeichnung angaben. 50% aller im Jahr 2000 tätigen Psychotherapeuten wurden in dieser ersten Übergangsfrist registriert. In den folgenden Jahren wurden bei fast allen Personen Fachbezeichnungen registriert.

In Abb. B-3 ist die absolute Zahl der in die Psychotherapeutenliste beim BMSG eingetragenen Psychotherapeuten für die Jahre 1991 bis 1999 jeweils für den 31.12. jedes Jahres dargestellt. In Abb. B-4 sind die entsprechenden Raten je 10.000 Einwohner dargestellt.



Quelle: BMSG

Die regionale Verteilung der Psychotherapeuten ist in Österreich sehr unterschiedlich. Zwischen den einzelnen Bundesländern zeigen sich erhebliche Unterschiede im psychotherapeutischen Angebot (Tab. B-8). So kamen etwa in Wien mit 2.208 Psychotherapeuten durchschnittlich 13,8 auf 10.000 Einwohner, hingegen im Burgenland mit 54 Psychotherapeuten nur etwa 1,9 auf 10.000 Einwohner. Zusätzlich konzentrieren sich die Psychotherapeuten auf den städtischen Bereich.



Quelle: ÖBIG

Nur ein Teil der Psychotherapeuten ist ausschließlich in einer freien Praxis tätig, die meisten arbeiten auch in verschiedenen Dienstverhältnissen. Insgesamt 2.140 Personen (41%) gaben bei der Eintragung in die Psychotherapeutenliste nur einen „Berufsort“ für die selbständige Berufsausübung an. Keinen „Berufsort“, sondern einen „Dienstort“ (Angestelltenverhältnis) gaben 932 (18%) der Therapeuten an. Sowohl einen „Berufsort“ als auch einen „Dienstort“ gaben 2.125 (41%) Psychotherapeuten an. Von den im Jahr 2000 zur Berufsausübung berechtigten 5.203 Psychotherapeuten haben 4.265 (82%) einen „Berufsort“ für die selbständige Berufsausübung angegeben. Über das tatsächliche Angebot an Therapieplätzen können nur Schätzungen durchgeführt werden.

In einer Untersuchung aus dem Jahr 1996 schätzt das ÖBIG das Angebot für Psychotherapie im ambulanten Bereich auf 52.400 Stunden pro Woche. Rechnet man diese Schätzung linear auf das Jahr 2000 hoch, stehen insgesamt rd. 70.000 Therapiestunden zur Verfügung; dies entspricht 8,6 Stunden je 1000 Einwohner oder 1 Therapiestunde pro Woche für 0,9% der Österreicher über 5 Jahren.

Tab. B-8: Anzahl der Psychotherapeuten mit „Berufssitz“ auf 10.000 Einwohner je Bundesland (Juni 2000)

	Anzahl Psychotherapeuten mit „Berufssitz“	Psychotherapeuten mit Berufssitz je 10.000EW
Burgenland	42	1,51
Kärnten	180	3,19
Niederösterreich	357	2,33
Oberösterreich	387	2,81
Salzburg	450	8,76
Steiermark	404	3,35
Tirol	334	5,03
Vorarlberg	163	4,71
Wien	1948	12,18
Österreich	4265	5,28

Quelle: BMSG

In Österreich sind 18 verschiedene psychotherapeutische Behandlungsmethoden⁴ anerkannt. Die psychotherapeutische Methode, die am häufigsten als Fachbezeichnung angegeben

⁴ Analytische Psychologie, Autogenes Training, Dynamische Gruppenpsychotherapie, Existenzanalyse, Existenzanalyse und Logotherapie, Integrative Gestalttherapie, Gruppenpsychoanalyse, Gestalttheoretische Psychotherapie, Hypnose, Individualpsychologie, Katathym Imaginative Psychotherapie, Klientenzentrierte Psychotherapie, Personenzentrierte Psychotherapie, Psychoanalyse, Psychodrama, Systemische Familientherapie, Transaktionsanalytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie

wurde, ist die systemische Familientherapie mit 16,5%, die Klientenzentrierte Psychotherapie wird von 10,2%, die Verhaltenstherapie von 9,9% der Psychotherapeuten angewandt.

Tab. B-9: Zusatzbezeichnungen* der Psychotherapeuten in Österreich (6/2000)

Zusatzbezeichnung	Anzahl	Anteil
Keine	1738	33,40%
Systemische Familientherapie	861	16,55%
Klientenzentrierte PT	529	10,17%
Verhaltenstherapie	514	9,88%
Psychoanalyse	270	5,19%
Integrative Gestalttherapie	264	5,07%
Katathym-Imaginative PT	231	4,44%
Psychodrama	185	3,56%
Dynamische Gruppen-PT	181	3,48%
Personenzentrierte PT	161	3,09%
Individualpsychologie	144	2,77%
Existenzanalyse und Logotherapie	143	2,75%
Transaktionsanalytische PT	71	1,36%
Gruppenpsychoanalyse	70	1,35%
Autogenes Training	65	1,25%
Analytische Psychologie	42	0,81%
Hypnose	39	0,75%
Gestalttheoretische PT	33	0,63%
Existenzanalyse	9	0,17%
Total	5203	100,00%

* 3182 Personen haben eine Zusatzbezeichnung, 231 haben zwei, 43 drei und 9 vier oder mehr Zusatzbezeichnungen.

Quelle: BMSG, eigene Berechnungen

Bereits 1992 wurde im Rahmen der 50. ASVG-Novelle die psychotherapeutische Behandlung in den Pflichtleistungskatalog der sozialen Krankenversicherung aufgenommen. In diesem Sinne wurde die psychotherapeutische Behandlung der medizinischen Behandlung gleichgestellt. Bis heute konnte zwischen den Sozialversicherungsträgern und den Psychotherapeuten kein Gesamtvertrag geschlossen werden. Deshalb beschränkt sich das Angebot einer psychotherapeutischen Krankenbehandlung auf Kosten der Krankenkassen auf einige wenige Sonderregelungen. Ansonsten kann für die Behandlung von „krankheitswertigen Störungen“ eine Bezuschussung beantragt werden.

B 4. Diplomiertes Pflegepersonal

Bis zum Jahr 1961 wurde das Pflegepersonal der einzelnen psychiatrischen Anstalten in anstaltseigenen Lehrgängen sehr unterschiedlich ausgebildet. Seit dem Krankenpflegegesetz 1961 ist in Österreich die psychiatrische Krankenpflege ein eigener Sonderbereich der Krankenpflege. Im Gegensatz dazu erfolgte die erste gesetzliche Regelung der allgemeinen Krankenpflege bereits 1914 durch eine ministerielle Verordnung. Neben der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege gibt es heute eine separate Diplombildung für die psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, die im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 1997 (GuKG) geregelt ist. Die psychiatrische Pflege laut GuKG umfasst sowohl die Betreuung und Pflege von Menschen mit psychischen Krankheiten als auch von Menschen mit neurologischen Erkrankungen.

Im GuKG werden die teilstationären und ambulanten Tätigkeitsbereiche sowie die extramuralen und komplementären Bereiche hervorgehoben. In den Erläuterungen wird erwähnt, dass sich der Tätigkeitsbereich an die neuen Maßstäbe psychiatrischer Versorgung anpassen muss. Bezüglich der Tätigkeiten wird neben der Betreuung, Beobachtung und Pflege auch die Gesprächsführung und die Beschäftigung mit den Patienten hervorgehoben.

Das Berufsbild „Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege“ wurde von den Direktoren der psychiatrischen Pflegeschulen erarbeitet und im Frühjahr 2000 veröffentlicht. Neben den in der Psychiatrie allgemein üblichen Arbeitsweisen wird auch das Wahrnehmen der Stärken des Kranken und die Förderung seiner Fähigkeiten und Ressourcen hervorgehoben, wie dies in modernen psychiatrischen Versorgungskonzepten zunehmend üblich ist.

Bei den Tätigkeits- und Arbeitsbereichen werden an führender Stelle die Tätigkeiten im sozialpsychiatrischen Bereich beschrieben, womit die Beratung und Betreuung von Patienten und deren Angehörigen im gewohnten sozialen Umfeld gemeint sind. Zum Beispiel wird die Tätigkeit in folgenden Bereichen und Einrichtungen angeführt: Krisenintervention, Tageskliniken, Nachtkliniken, Wohngemeinschaften, Rehabilitationszentren. Auch die psychiatrische Nachbetreuung mit der Übergangspflege, der nachgehenden psychiatrischen Betreuung und der Angehörigenarbeit wird separat angeführt. Die Beschreibung des stationären Bereiches spannt sich von der psychiatrischen Intensivstation über die Kinder- und

Jugendpsychiatrie bis zu psychiatrischen Rehabilitationseinrichtungen. Weiters werden auch die (Psycho-)Geriatric, sowie neurologische und neurochirurgische Einrichtungen eigens angeführt.

Ausbildungsstätten für die Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege gibt es in allen österreichischen Bundesländern mit Ausnahme des Burgenlandes und von Kärnten, wobei in Wien und Niederösterreich je 2 Ausbildungsstätten zur Verfügung stehen (insgesamt 9 Ausbildungsstätten). Im Schuljahr 1998/99 standen in ganz Österreich 591 Personen in Ausbildung für die psychiatrische Pflege. Im Vergleich dazu standen im gleichen Zeitraum 6.898 Personen in Ausbildung für die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege.

Die Sonderausbildung in der Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege (für Personen, die bereits eine andere Pflegeausbildung abgeschlossen haben) umfasst 1.600 Stunden theoretische und praktische Ausbildung. Die Ausbildung erfolgt an besonderen Schulen für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege. An Lehrinhalten werden - neben dem breiten Spektrum aller psychischen Krankheiten - die Rehabilitation, die Ergotherapie, die Angehörigenarbeit, die Gesprächsführung, die psychosoziale Betreuung und die Krisenintervention erwähnt. In den Erläuterungen wird auch die Bedeutung einer umfassenden Kenntnis der Arbeitsweise in extramuralen, ambulanten, teilstationären und komplementären Einrichtungen erwähnt.

Die spezielle Grundausbildung in der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege (für Personen, die noch keine Pflegeausbildung haben) dauert 3 Jahre und umfasst mindestens 4.600 Stunden theoretische und praktische Ausbildung, wobei mindestens die Hälfte auf die praktische Ausbildung zu entfallen hat. Auch diese Ausbildung erfolgt an separaten Schulen für Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege. Die Ausbildungsinhalte der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege betreffen einerseits psychiatriespezifische Inhalte und andererseits Inhalte, die auch somatische Krankheitsbilder betreffen.

Aus Sicht des Fachgebietes Psychiatrie sind die folgenden theoretischen Unterrichtsgegenstände der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege von besonderem Interesse:

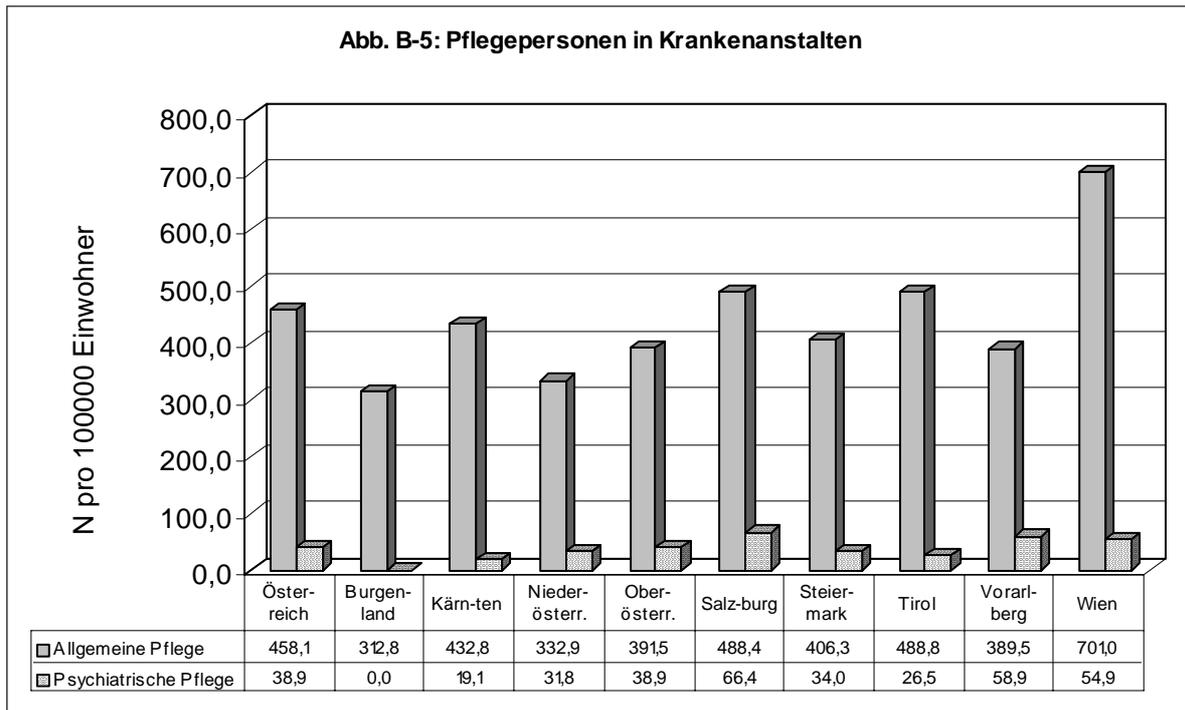
Psychiatrische und neurologische Gesundheits- und Krankenpflege	500 Stunden
Medizinische Grundlagen (inkl. psychiatrische und neurologische)	340 Stunden
Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie	40 Stunden
Soziologie, Psychologie, Pädagogik und Sozialhygiene	180 Stunden
Gesprächsführung, psychosoziale Betreuung und Angehörigenarbeit	100 Stunden

Weiters sind 2.480 Stunden praktische Ausbildung in den folgenden Bereichen vorgesehen: Akut-, Subakut-, Langzeitpsychiatrie, Rehabilitation, sowie extramurale Pflege.

In der Ausbildung zur Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege kommen demgegenüber nur wenige psychiatriespezifische Inhalte vor, wie Gerontopsychiatrie und Psychologie, obwohl auch an internen, chirurgischen, dermatologischen und gynäkologischen Abteilungen häufig psychisch Kranke behandelt werden.

1988 hat sich die "Interessensgemeinschaft psychiatrische Pflege Österreich" konstituiert. Es handelt sich um eine informelle Gruppe, die neben Diskussionsveranstaltungen zum Thema Berufsbild Fortbildungsveranstaltungen durchführt, die jeweils von einem anderen Krankenhaus oder einer anderen Institution vorbereitet werden. Im Herbst 1992 fand die erste Veranstaltung unter dem Motto "Möglichkeiten und Ziele bei der Beschäftigung psychisch Kranker" statt. Seither gibt es jeweils im Frühjahr und im Herbst solche Veranstaltungen, die eine breite Palette an Themen abdecken. Das Spektrum der Inhalte reicht von Rechtsfragen in der psychiatrischen Pflege, über die Pflege bei verschiedenen Krankheitsgruppen bis zur Qualitätssicherung.

Österreichweit waren 1998 insgesamt 3.139 psychiatrische Pflegepersonen (38,9 pro 100.000 Einwohner) in Krankenanstalten tätig, wobei zwischen den einzelnen Bundesländern deutliche Unterschiede bestanden.



Quelle: Statistik Österreich 2000

B 5. Diplomierte Ergotherapeuten

Im Jahr 1961 wurde die Ausbildung der heutigen „Ergotherapeuten“ erstmals gesetzlich im „Bundesgesetz zur Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste“ geregelt. Das Bundesgesetz „Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste“ (MTD-Gesetz) aus dem Jahr 1992 stellt mit der nachfolgenden Ausbildungsverordnung 678/1993 die Grundlage für die aktuelle Ausbildung zum Diplomierten Ergotherapeuten dar.

Je eine Akademie für den ergotherapeutischen Dienst gibt es in sieben österreichischen Bundesländern (Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol und Wien). Im Schuljahr 1998/99 standen in ganz Österreich 320 Personen an diesen Akademien in Ausbildung. Die Ausbildung umfasst einen theoretischen und einen praktischen Teil und dauert 3 Jahre. Neben zahlreichen anderen Fachgebieten wird auch Psychiatrie gelehrt. Weiters sind Psychologie, Soziologie und Pädagogik Teil des theoretischen Unterrichtes. Die Voraussetzung für die Aufnahmeprüfung zur Ergotherapieausbildung ist die Matura oder ein

Krankenpflegediplom, ein Diplom des medizinisch technischen Fachdienstes oder die Studienberechtigungsprüfung für Medizin.

Aus Sicht des Fachgebietes der Psychiatrie sind vor allem die folgenden Unterrichtsgegenstände von Interesse, die in der MTD-Ausbildungsverordnung geregelt sind:

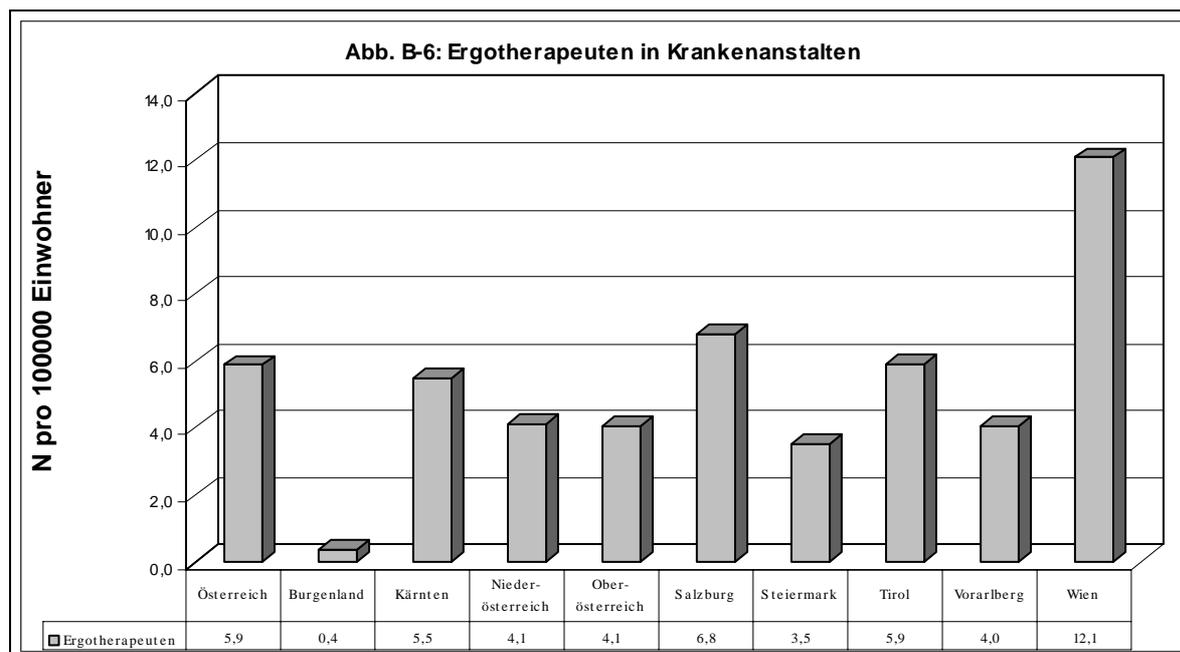
Unterrichtsfach Psychiatrie und Psychotherapie	80 Stunden
Unterrichtsfach Psychologie (allgemeine und klinische)	100 Stunden
Unterrichtsfach Soziologie	30 Stunden
Unterrichtsfach Pädagogik	30 Stunden
Pflichtpraktikum Psychiatrie	offene Stundenzahl

Die Unterrichtsfächer Psychiatrie, Psychologie etc. werden von Fachleuten der jeweiligen Fächer vorgetragen. Der zeitliche Umfang der Unterrichtsfächer Psychiatrie und Psychologie ist weitaus größer als bei der Ausbildung zum Diplomierten Physiotherapeuten/in.

Am Ende der Ausbildung ist eine Diplomprüfung abzulegen, wobei aus 11 Fachgebieten (darunter Psychiatrie) 3 festgesetzt werden.

Die Ergotherapeuten haben sich zu einem Berufsverband zusammengeschlossen, wobei dies jedoch ein freiwilliger Zusammenschluss ohne Pflichtmitgliedschaft ist. Unter dem Dach des Berufsverbandes haben sich in der Psychiatrie tätige Ergotherapeuten zu einem eigenen Arbeitskreis zusammengeschlossen, der dem Informations- und Gedankenaustausch sowie der internen Weiterbildung dient.

Österreichweit sind insgesamt 474 (5,9 Ergotherapeuten pro 100.000 Einwohner) in Krankenanstalten tätig, wobei zwischen den einzelnen Bundesländern deutliche Unterschiede bestehen. So arbeiten im Burgenland nur 0,4 Ergotherapeuten pro 100.000 Einwohner, in Wien jedoch 12,1 pro 100.000 Einwohner (Abb. B-6, Stand 31.12.1998). Wie viele Ergotherapeuten im psychiatrischen Bereich tätig sind, ist nicht bekannt.



Quelle: Statistik Österreich 2000

B 6. Diplomierte Physiotherapeuten

Das Bundesgesetz „Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste“ (MTD-Gesetz) aus dem Jahr 1992 stellt mit der nachfolgenden Ausbildungsverordnung 678/1993 die Grundlage für die aktuelle Ausbildung zum Diplomierten Physiotherapeuten dar. Vorher war die Physiotherapie im Krankenpflegegesetz geregelt.

Akademien für den physiotherapeutischen Dienst gibt es in allen österreichischen Bundesländern mit Ausnahme des Burgenlandes und Vorarlbergs, wobei in Wien und Oberösterreich je 3 Akademien, in Salzburg 2 Akademien und in den anderen Bundesländern je eine Akademie zur Verfügung stehen (insgesamt 12 Akademien). Die Voraussetzung für die Aufnahmeprüfung zur Physiotherapieausbildung ist die Matura oder ein Krankenpflegediplom, ein Diplom des medizinisch technischen Fachdienstes oder die Studienberechtigungsprüfung für Medizin. Im Schuljahr 1998/99 standen in ganz Österreich 940 Personen in Ausbildung zum Diplomierten Physiotherapeuten.

Die Ausbildung umfasst einen theoretischen und einen praktischen Teil und dauert 3 Jahre. Neben zahlreichen anderen Fachgebieten wird auch Psychiatrie gelehrt. Weiters sind Psychologie und Soziologie Teil des theoretischen Unterrichtes. Die praktische Anwendung

aller physiotherapeutischer Maßnahmen wird auch auf dem Gebiet der Psychiatrie unterrichtet.

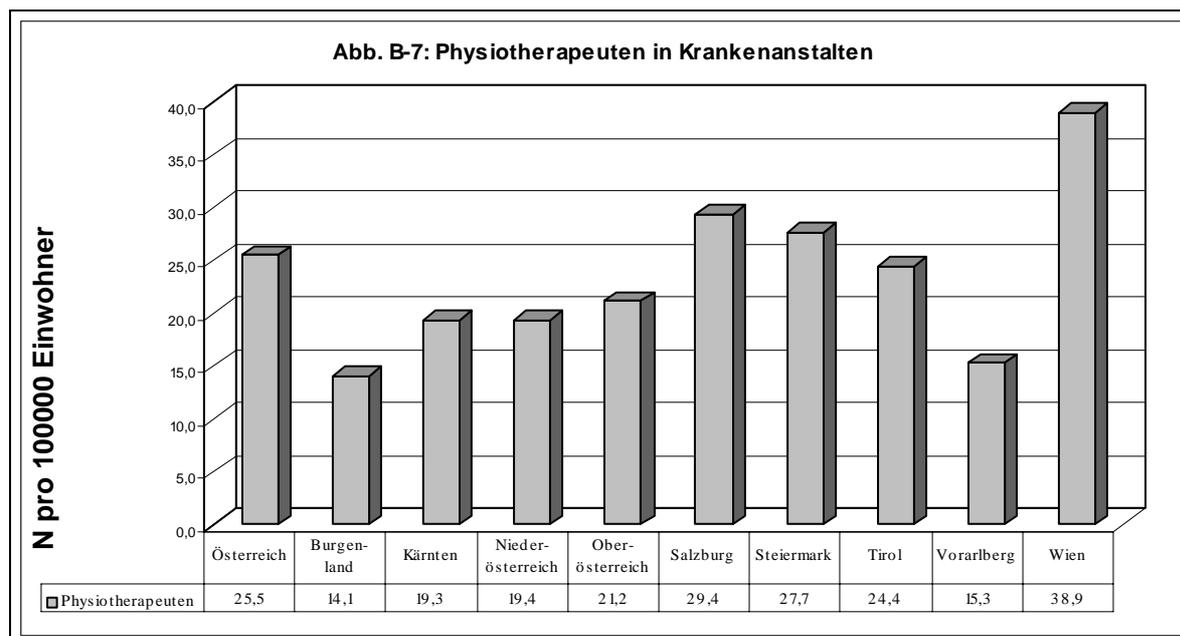
Aus Sicht des Fachgebietes der Psychiatrie sind vor allem die folgenden Unterrichtsgegenstände von Interesse, die in der MTD-Ausbildungsverordnung geregelt sind:

Unterrichtsfach Psychiatrie	20 Stunden
Anwendung der Physiotherapie in der Psychiatrie	30 Stunden.
Unterrichtsfach Soziologie	10 Stunden
Unterrichtsfach Psychologie	45 Stunden
Pflichtpraktikum Psychiatrie	offene Stundenzahl

Die Dauer des Pflichtpraktikums im Bereich der Psychiatrie ist nicht genau definiert; an der Akademie für Physiotherapie am Wiener Allgemeinen Krankenhaus sind dies beispielsweise 5 Wochen halbtags. Am Ende der Ausbildung ist eine Diplomprüfung abzulegen (3 aus 11 Fächern, darunter Psychiatrie).

Die Physiotherapeuten haben sich zu einem Berufsverband zusammengeschlossen, wobei dies aber ein freiwilliger Zusammenschluss ohne Pflichtmitgliedschaft ist. Es existiert kein zur Ergotherapie analoger Arbeitskreis zum Themenkomplex "Psychiatrie und Physiotherapie".

Österreichweit sind 2.057 Physiotherapeuten in Krankenanstalten tätig, was einer Rate von 25,5 Physiotherapeuten pro 100.000 Einwohner entspricht. Zwischen den einzelnen Bundesländern bestehen aber deutliche Unterschiede (Abb. B-7, Stand 31.12.1998). Es ist unbekannt, wie viele Physiotherapeuten im psychiatrischen Bereich tätig sind.



Quelle: Statistik Österreich 2000

B 7. Diplomierte Sozialarbeiter

Die Ausbildung zum Diplomierten Sozialarbeiter (DSA) erfolgt in den Akademien für Sozialarbeit. Matura ist Voraussetzung. Die Ausbildung dauert sechs bis zehn Semester und schließt mit dem Titel Diplom-Sozialarbeiter ab. Inhalte der Ausbildung sind neben der Vermittlung der wissenschaftlichen Methoden der Sozialarbeit und der Bezugswissenschaften der Sozialarbeit die aktuellen Handlungsfelder (u.a. auch psychisch kranke Menschen). In Kernbereichen ist die Ausbildung nur in seminaristischer Form möglich. Einen wesentlichen Teil der Ausbildung nehmen Praktika ein (880 Stunden).

Sozialarbeit bietet Hilfe zur möglichst eigenständigen Lebensbewältigung, zur Verbesserung der familiären Situation, zur Ein- und Wiedereingliederung in die Gesellschaft und stellt eine vorbeugende Tätigkeit zur Verhinderung bzw. Minimierung von Benachteiligungen dar, die durch Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit entstehen.

Im klinischen Bereich werden Sozialarbeiter mit Menschen konfrontiert, die bereits vor Ausbruch ihrer psychischen Erkrankung oder Krise soziale Probleme hatten oder deren Krankheit soziale Probleme verursacht. Krankheitseinsicht zu fördern, aber vor allem

Zusammenhänge zwischen Lebenssituationen und Erkrankung herzustellen, ist klinischen Sozialarbeitern ein besonderes Anliegen.

Die Aufgaben und spezifischen Methoden der Diplomsozialarbeiter sind u.a.: Erstellung der Sozialanamnese (mit Blickrichtung auf das Mitbedingtsein der Krankheit durch soziale Faktoren), Sozialprognose, die Bearbeitung aktueller sozialer Probleme, Maßnahmen zur Existenzsicherung (Versicherungsangelegenheiten, Finanzen, Wohnmöglichkeit, Arbeitssituation), akute Konfliktbewältigung bzw. Krisenintervention, Hilfe bei der weiteren Lebensgestaltung und Maßnahmen zur Pflegesicherung und zur psychosozialen Nachbetreuung. Aufgaben an Kliniken sind: Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Teamarbeit mit Ärzten, Pflegepersonal, Therapeuten und Zusammenarbeit mit Institutionen (Pensionsversicherungs-Anstalten, Arbeitsmarkt Service, Krankenkassen, Institutionen zur Nachbetreuung). Akute sozialarbeiterische Interventionen umfassen die Klärung der Frage, was im Hinblick auf die persönlichen Bedürfnisse und das soziale Umfeld des Patienten sofort geregelt (organisiert) werden muß, damit dieser beruhigter im Krankenhaus bleibt (z.B. Klärung mit Krankenversicherung, Beschaffung von Kleidung oder auch Geld; Klärung, wer sich um Kinder oder pflegebedürftige Angehörige kümmert, wer die Landwirtschaft, die Wohnung versorgt).

Die bundesweite Interessensgemeinschaft der Krankenhaus-Sozialarbeiter konnte Zahlen über Diplomsozialarbeiter im stationären Bereich zur Verfügung stellen. Demnach sind im stationären psychiatrischen Bereich 127 Diplomsozialarbeiter tätig, davon 76 Vollzeit und 51 im Rahmen einer Teilzeitanstellung. Rund 60% der gesamten zur Verfügung stehenden Arbeitszeit entfallen auf psychiatrische Abteilungen und Krankenhäuser.

Tab. B-10: Anzahl diplomierter Sozialarbeiter in psychiatrischen und nicht psychiatrischen Abteilungen und Krankenhäusern

	In allen Krankenhäusern	In psychiatrischen Abteilungen und Krankenhäusern	Anteil an allen DSA	In <u>nicht</u> -psychiatrischen Abteilungen und Krankenhäusern	Anteil an allen DSA
Anzahl DSA	255	127	49,8%	128	50,2%
Vollzeit	156	76	48,7%	80	51,3%
Teilzeit	99	51	51,5%	48	48,5%
Stunden	8274	4957	59,9%	3317	40,1%

Quelle: BIKS (Stand 7/1998)

B 8. Patientenanwälte

Die Unterbringung psychisch Kranker in geschlossenen Bereichen psychiatrischer Krankenanstalten oder Abteilungen ist seit 1.1.1991 im Unterbringungsgesetz (UbG) geregelt. Zugleich wurde im UbG die gesetzliche Vertretung der Patienten im Unterbringungsverfahren durch die Patientenanwaltschaft eingerichtet.

Bereits 1991 wurde diese Aufgabe in großem Umfang vom Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft übernommen. Im Frühjahr 2001 betreute der Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft mit etwa 35 Patientenanwälten in ganz Österreich (außer Vorarlberg, das einen eigenen Verein hat) die Patienten von 20 psychiatrischen Krankenhäusern bzw. psychiatrischen Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus.

Details über die Patientenanwaltschaft werden gemeinsam mit einer näheren Analyse der Unterbringungen gemäß UbG im 2. Teil des Psychiatrieberichtes dargestellt werden.

B 9. Sachwalter

Die Maßnahme der Sachwalterschaft betrifft Personen mit schweren psychischen Störungen bzw. schweren geistigen Behinderungen. Das Sachwaltergesetz hat die alte Entmündigungsordnung aus dem Jahr 1916 ersetzt. Der Fortschritt des Sachwaltergesetzes bestand darin, dass die Bestellung eines Sachwalters nur für einzelne Lebensbereiche erfolgen kann, während eine Entmündigung sämtliche Handlungsbereiche betroffen hat.

Seit Inkrafttreten des Sachwalterrechts ist ein deutlicher Anstieg der Sachwalterschaften zu verzeichnen. Im Jahr 1999 war für 34.804 Menschen in Österreich ein Sachwalter bestellt. Dies entspricht knapp einem halben Prozent der österreichischen Bevölkerung.

Als Sachwalter können nahestehende Personen des Betroffenen, „Rechtsberufler“ (z.B. Anwälte) oder „Vereinsachwalter“ (= Mitarbeiter des Vereins für Sachwalterschaft und

Patientenanwaltschaft und anderer anerkannter Vereine⁵) bestellt werden. Wie aus Tab. B-11 zu ersehen ist, wurden im überwiegenden Teil der Fälle Sachwalterschaften für einen Kreis von Angelegenheiten oder alle Angelegenheiten bestellt. Nur in wenigen Fällen existiert eine Sachwalterschaft für einzelne Angelegenheiten. Offen bleibt in dieser Auswertung, wie viele Betroffene ein Sachwalter betreut. Dies ist insofern von Bedeutung, als die Qualität der Betreuung natürlich auch von der Zahl der durch einen Sachwalter zu betreuenden Klienten abhängt.

Tab. B-11: Zahl der Sachwalterschaften in Österreich (Stand Ende Juni 1999)

Sachwalter	Für einzelne Angelegenheiten	Für einen Kreis von Angelegenheiten	Für alle Angelegenheiten	Summe
nahestehende Person	476	5.093	16.409	21.978
Rechtsberufler	283	2.803	3.530	6.616
Vereinssachwalter	246	3.116	2.848	6.210
Summe	1.005	11.012	22.787	34.804

Quelle: Parlamentarische Anfragebeantwortung von BM Michalek (16.9.99 - 6367/AB XX.GP)

Der Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft betreut in seinen 37 Büros (Stand 31.12.2000) etwa 18% aller Personen, für die ein Sachwalter bestellt ist. Von den hauptberuflichen Mitarbeitern des Vereins für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft (Ende 99: 130 Sachwalter) konnten 1999 mehr als zwei Drittel der Fälle übernommen werden, wobei Ende des Jahres 1999 die Zahl der Verfahren und Sachwalterschaften 4.196 betrug. Zum gleichen Zeitpunkt waren insgesamt 654 ehrenamtliche Mitarbeiter für 1.740 Klienten tätig. (Quelle: „Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft“)

B 10. Andere Bereiche

Außer den professionalisierten Berufsgruppen, die bis jetzt dargestellt wurden, sind noch andere Bereiche zu berücksichtigen. In manchen Vereinen wird eine sozialpsychiatrische Zusatzausbildung angeboten, wie beispielsweise der „Diplomlehrgang für sozialpsychiatrische Arbeit“ von pro mente austria. An manchen Orten werden auch gezielt

⁵ Außer dem Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft gibt es noch den NÖ Landesverein, das IfS-Sachwalterschaft/Vorarlberg, das Salzburger Hilfswerk/ Verein für Sachwalterschaft.

Laienhelfer für die sozialpsychiatrischer Arbeit ausgebildet. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass ein Großteil der Betreuungsarbeit unbezahlt von Angehörigen geleistet wird. Zunehmend spielen auch die Betroffenen selbst eine Rolle, indem sie sich zu Selbsthilfegruppen zusammenschließen. Diese nicht-professionalisierten Bereiche werden im später erscheinenden 2. Teil des Berichtes näher dargestellt.

C. Einrichtungen für die psychiatrische Versorgung und ihre Inanspruchnahme

Psychiatrische Behandlung und psychosoziale Betreuung finden heute in vielen institutionellen Settings, Organisations- und Finanzierungsformen statt. Für den schon am längsten regulierten medizinischen Bereich liegen naturgemäß am ehesten Daten vor, dabei wieder besonders für den Krankenanstaltenbereich. Je weiter weg man institutionell oder geographisch vom Krankenhaus kommt, desto schwächer wird die Datenlage, was sich auch im unterschiedlichen Umfang der einzelnen Abschnitte dieses Kapitels abbildet. Dieser unterschiedliche Umfang sagt nur etwas über die Datenlage, nichts aber über die tatsächliche, potenzielle oder anzustrebende Bedeutung bestimmter Typen von Institutionen und Diensten aus.

C 1. Krankenanstalten

C 1.1. Betten und Personal

In Österreich fand die stationäre psychiatrische Behandlung traditionell über viele Jahrzehnte an drei Universitätskliniken (Wien, Graz, Innsbruck) und zehn psychiatrischen Krankenanstalten statt, die bis Mitte der 70er Jahre über insgesamt rund 12.000 Betten verfügten. Je zwei der psychiatrischen Krankenanstalten waren und sind für Wien (Baumgartner Höhe, Ybbs) sowie für Niederösterreich (Maria Gugging, Mauer) zuständig. Bis auf das Burgenland, das bis heute noch über keine stationäre psychiatrische Behandlungseinrichtung verfügt, hat jedes weitere Bundesland je eine psychiatrische Krankenanstalt. Diese psychiatrischen Krankenanstalten waren und sind Mittel zur Stigmatisierung und Symbol für die Ausgrenzung psychisch Kranker. Jedes Kind kennt die Namen dieser Anstalten im eigenen Bundesland.

Die Situation hat sich seit den 70er Jahren deutlich verändert. Im Jahre 1999 wurden nur noch 4.173 psychiatrische Betten gezählt. Zwar existieren die genannten Krankenanstalten noch, sie sind aber heute viel kleiner, wurden umbenannt oder organisatorisch neu zugeordnet, und - das ist das Wesentliche an der Entwicklung - durch andere Einrichtungen ergänzt. Wenn wir von der stationären Psychiatrie sprechen, haben wir es heute in Österreich mit rund 30 Einrichtungen zu tun: mit Sonderkrankenhäusern, psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, gemischt psychiatrisch-neurologischen Abteilungen an Allgemein-

krankenhäusern, speziellen gerontopsychiatrischen sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen, psychosomatischen Abteilungen und solchen für die Behandlung der Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Schließlich sind hierher - de facto aber nicht de iure - auch noch drei Justizanstalten für geistig abnorme bzw. entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher zu zählen, die nicht Krankenanstalten sondern Justizanstalten sind.

Wie vielfältig und dynamisch die Entwicklung der stationären psychiatrischen Versorgung geworden ist, sieht man auch daran, dass in Niederösterreich kürzlich der Beschluss gefasst wurde, die psychiatrische Krankenanstalt in Gugging zu schließen und durch vier psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zu ersetzen (von denen zwei, in Hollabrunn und Neunkirchen, bereits existieren). Kompliziert wird die langfristige Vergleichbarkeit auch dadurch, dass in den letzten Jahren zahlreiche Langzeitpatienten aus psychiatrischen Krankenhäusern in Heime verlegt wurden, zum Teil nur „administrativ“ am gleichen Anstaltsgelände. Unter den genannten Bedingungen ist die zahlenmäßige Abbildung der stationären psychiatrischen Versorgung heute naturgemäß ein schwieriges Unterfangen geworden.

Die Verringerung des Umfanges der Krankenanstaltenpsychiatrie lässt sich auch auf dem Hintergrund der gesamten Krankenanstaltenentwicklung zeigen. Die Gesamtzahl aller systemisierten Betten in Krankenanstalten betrug im Jahre 1970 79.316, am 31.12.1999 waren es 73.577, also um rund 7% weniger. Die Anzahl der systemisierten psychiatrischen Betten betrug 1970 rund 12.000, 1999 waren es nur mehr 4.173. Damit betrug der psychiatrische Bettenanteil an allen Krankenanstaltenbetten 1970 rund 15%. 1999 waren nur noch 6% aller Krankenhausbetten psychiatrisch definiert.

Auch in den Bettennutzungstagen spiegelt sich die Tatsache wieder, dass im Bereich der stationären Versorgung der psychiatrische Anteil in den vergangenen 30 Jahren deutlich geringer geworden ist. Betrug die Bettennutzung in den psychiatrischen Anstalten Österreichs im Jahre 1971 noch rund 5 Millionen Tage, war sie 1999 auf unter 1,4 Millionen, also unter 30% des Ausgangswertes, gesunken. Im Gegensatz dazu nahmen die Bettennutzungstage in allen Krankenanstalten von 25 Millionen im Jahre 1971 nur auf 21 Millionen, also auf 84% des Ausgangswertes ab. Damit waren 1971 noch 20% aller Bettennutzungstage im Bereich der Psychiatrie, 1999 nur mehr 7%.

Diese deutliche Reduktion der stationären Psychiatrie entspricht einem internationalen Trend. In Ländern mit früher besonders hohen psychiatrischen Bettenschlüsseln, wie in Großbritannien und den USA (in der Mitte der 50er Jahre betrug der Bettenschlüssel dort über 4 Betten je 1.000 Einwohner), war es schon wesentlich früher zu einer Abnahme dieser Betten gekommen. In Österreich, das Anfang der 70er Jahre mit rund 1,5 Betten je 1000 Einwohnern bereits einen relativ niedrigen psychiatrischen Bettenschlüssel hatte - und dieser war über längere Zeit konstant gewesen - begann erst seit damals die psychiatrische Bettenzahl zu sinken. Dies hing nicht nur mit der zunehmenden Verwendung der modernen Psychopharmaka zusammen, sondern auch mit der Tatsache, dass seit den 70er Jahren in einzelnen Bundesländern die „Übersiedlung“ von psychiatrischen Patienten in die „Gemeinde“ in einer geplanten Weise stattfand. Seit damals wurden in zunehmendem Ausmaß Wohnmöglichkeiten außerhalb der Anstalten geschaffen, es entstanden psychosoziale Dienste, Tagesstätten und andere gemeindenahere Einrichtungen, die dazu beitrugen, dass die Bettenanzahl in psychiatrischen Krankenanstalten abnahm.

Nur langsam entwickeln sich in Österreich dezentrale stationäre psychiatrische Einrichtungen, wobei unterschiedliche Modelle vorherrschen. Rein psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern gibt es - sieht man von den Universitätskliniken und vom schon lange bestehenden „Zentrum für Seelische Gesundheit“ am Landeskrankenhaus Klagenfurt ab - zur Zeit lediglich sechs (zwei in Wien, drei in Niederösterreich und eine in Tirol). Daneben wurden eine dezentrale alleinstehende psychiatrische Kleinklinik geschaffen und eine psychiatrische Abteilung in einer pulmonologischen Krankenanstalt. Darüber hinaus existieren Spezialeinrichtungen für Alkohol- und Drogenbehandlung und mehrere psychiatrisch neurologische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die psychiatrische Patienten sehr selektiv aufnehmen und keine Unterbringungen durchführen.

Während also die psychiatrischen Betten seit den 70er Jahren abnahmen, stiegen jedoch die Aufnahmen. Im Jahre 1971 hatte die Aufnahmezahl in psychiatrische Krankenanstalten Österreichs rund 25.000 betragen, im Jahre 1999 waren es rund 67.000 Aufnahmen. Auch dieses Phänomen ist im Ausland regelhaft zu beobachten. Ein großer Teil dieser Aufnahmen besteht aus Wiederaufnahmen. Patienten werden heute nach zunehmend kürzeren Aufenthaltsdauern entlassen, kommen aber bald wieder zurück. Für dieses Phänomen hat sich der Begriff „Drehtürpsychiatrie“ etabliert. Inwiefern sich darin eine Insuffizienz von extramuralen psychiatrischen Einrichtungen widerspiegelt oder gleichsam regelhaft in Kauf

genommen werden muss, dass es bei kürzeren Aufenthalten im Krankenhaus insgesamt zu mehr Wiederaufnahmen kommt, kann hier nicht diskutiert und geklärt werden.

Eine Datenanalyse der psychiatrischen Betten in den 90er Jahren zeigt folgendes Bild: Wie der Abb. C-1 entnommen werden kann, nahmen die Betten in psychiatrischen Krankenanstalten und psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern vom Jahre 1992 von 6.282 bis zum Jahr 1999 kontinuierlich bis auf einen Wert von 4.173 ab. Dies entspricht einer Reduktion von 33,6 %. Hinter dieser Abnahme verbergen sich allerdings zwei unterschiedliche Trends. Betten in psychiatrischen Krankenhäusern haben im genannten Zeitraum von 6.159 auf 3.806 abgenommen, dies entspricht einer Abnahme von knapp 40 %. Im Gegenzug ist die Anzahl der Betten in psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern von 123 im Jahre 1992 auf 367 im Jahre 1999 gestiegen, das bedeutet einen Zuwachs auf 300 % des Ausgangswertes. Insgesamt ist jedoch die Zahl der psychiatrischen Betten an Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern, wie bereits ausgeführt wurde, noch relativ gering. Werden die Psychiatriepläne, die in einzelnen Bundesländern bestehen, zugrundegelegt, dann ist damit zu rechnen, dass dieser Trend der Abnahme der Betten in psychiatrischen Krankenanstalten und der Zunahme in Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern unvermindert und sogar verstärkt weiter bestehen wird. Zu berücksichtigen ist bei dieser Entwicklung allerdings, dass in mehreren psychiatrischen Krankenanstalten in den letzten Jahren große Bereiche rein administrativ ausgegliedert und dem Sozialhilfebereich zugeschlagen wurden.



Tab. C-1: Vollzeit-Arbeitsplätze in psychiatrischen und psychiatrisch-neurologischen Abteilungen (1999)

	Psychiatrie	Psychiatrie- Neurologie	Summe
Apotheker, Chemiker, Physiker und andere Akademiker (ausgn. Ärzte)	160,11	11,19	171,3
Ärzte	584,96	131,65	716,61
Betriebspersonal	242,91	11,46	254,37
Krankenpflegefachdienstpersonal	1915,41	474,06	2389,47
Medizinisch-Technisches Dienstpersonal	141,59	92,27	233,86
Personal - sonstiges	180,93	27,78	208,71
Sanitätsdiensthilfspersonal	646,47	256,24	902,71
Verwaltungs- und Kanzleipersonal	112,16	27,45	139,61
Summe	3984,54	1032,1	5016,64

Quelle: BMSG

Tab. C-2: Verteilung der Vollzeit-Arbeitsplätze in psychiatrischen und psychiatrisch-neurologischen Abteilungen (1999)

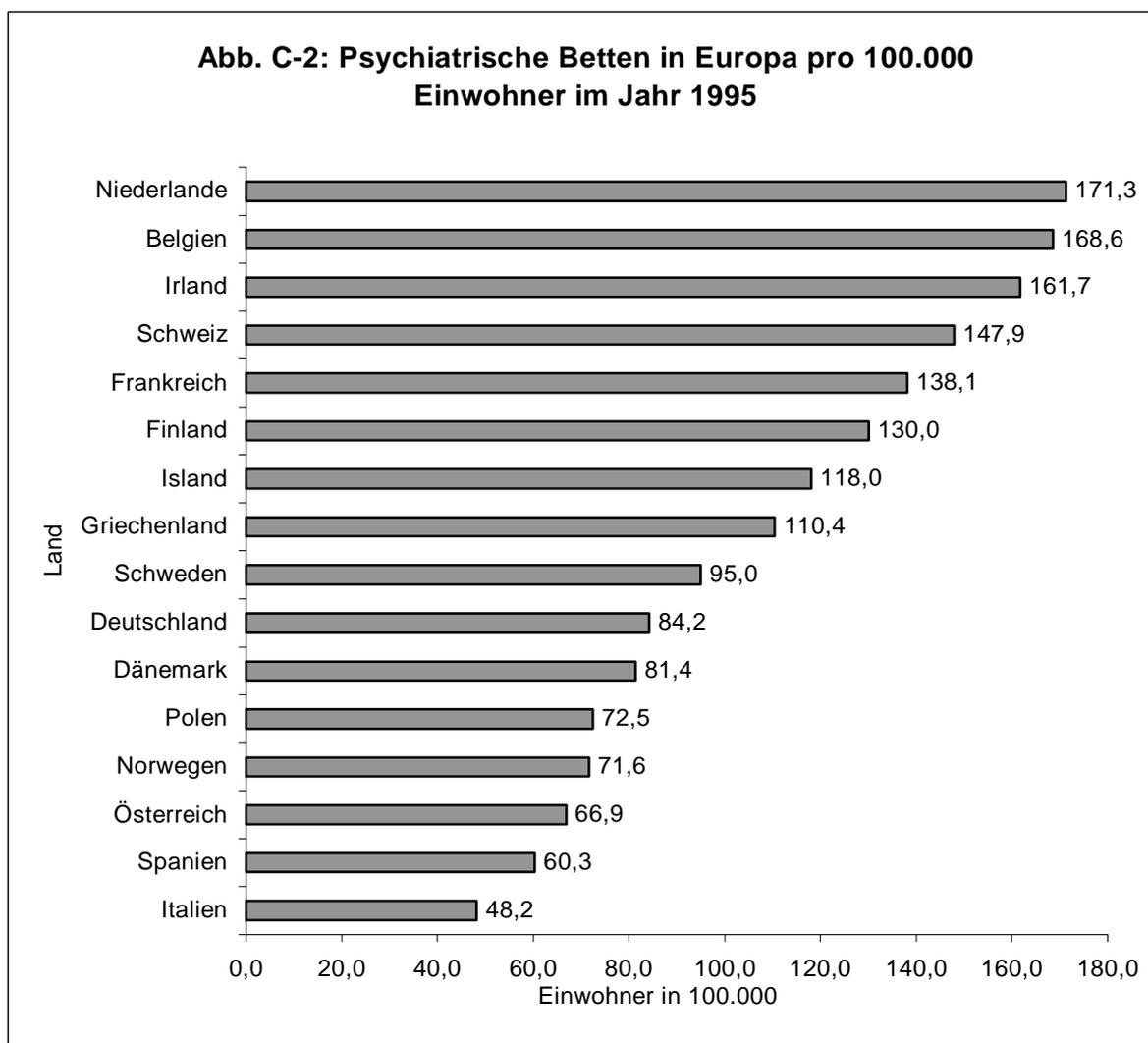
	Psychiatrie	Psychiatrie- Neurologie	Summe
Apotheker, Chemiker, Physiker und andere Akademiker (ausgn. Ärzte).	4,02%	1,08%	3,41%
Ärzte	14,68%	12,76%	14,28%
Betriebspersonal	6,10%	1,11%	5,07%
Krankenpflegefachdienstpersonal	48,07%	45,93%	47,63%
Medizinisch-Technisches Dienstpersonal	3,55%	8,94%	4,66%
Personal - sonstiges	4,54%	2,69%	4,16%
Sanitätsdiensthilfspersonal	16,22%	24,83%	17,99%
Verwaltungs- und Kanzleipersonal	2,81%	2,66%	2,78%
Summe	100,00%	100,00%	100,00%

Quelle: BMSG

In Tabelle C-1 ist die Personalsituation in psychiatrischen Einrichtungen dargestellt. Krankenpflege- und Sanitätshilfspersonal machen zusammen zwei Drittel des Personals aus, jeder 7. Mitarbeiter ist Arzt.

Europäischer Bettenvergleich

Wie einer Publikation der europäischen Kommission entnommen werden kann, hatte Österreich im Jahre 1995 mit 66,9 psychiatrischen Betten je 100.000 Einwohnern den drittniedrigsten Bettenschlüssel nach Italien (48,2 je 100.000 Einwohner) und Spanien (60,3 je 100.000 Einwohner). Die höchsten psychiatrischen Bettenzahlen finden sich in den Niederlanden mit 171,3 je 100.000 Einwohner.



Datenquelle: Eurostat, Key data on health 2000

C 1.2. Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Einrichtungen

1.2.1. Methodische Vorbemerkung

Die in diesem Teil enthaltenen Auswertungen beruhen für die Jahre 1997, 1998 und 1999 auf den aufgrund des „Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen“ (BGBl. Nr. 745/1996) an das Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen gemeldeten Daten. Für das Jahr 1996 standen die analogen Meldungen zur Verfügung, die aufgrund der entsprechenden davor bestehenden gesetzlichen Bestimmungen erfasst wurden⁶. Bei Änderungen zwischen 1996 und 1997 (und es gibt eine Reihe solcher Änderungen, wie später zu sehen sein wird) ist zu berücksichtigen, dass der Erhebungszweck ab 1997 überwiegend mit der Finanzierung der einzelnen Krankenanstalten zusammenhing (LKF), was für 1996 noch nicht galt.

Das Besondere der LKF-Daten ist also, dass sie primär zur Abrechnung von Leistungen erhoben werden und im Wesentlichen nur die dafür notwendigen Daten enthalten (dazu zählen beispielsweise *nicht* gerichtliche Unterbringung von Patienten, da diese Angaben für die Verrechnung irrelevant sind). Eine weitere Eigenart ist, dass LKF-Daten erst zum Zeitpunkt der Entlassung eines Patienten gemeldet werden. Dies ist für die Abbildung der *Inanspruchnahme*, also der Aufnahmen, problematisch, da Patienten, die nicht entlassen wurden, nicht erfasst sind. In gewisser Weise hat sich allerdings in den letzten Jahren ein „Gleichgewicht“ zwischen Aufnahmen und Entlassungen herausgebildet - es gibt nur sehr wenige Patienten, die in den letzten Jahren aufgenommen und nicht entlassen wurden - , sodass der Fehler durch die Verwendung einer Entlassungsstatistik relativ gering ist.

Eine weitere Schwierigkeit der Erfassung von stationären psychiatrischen Inanspruchnahmedaten besteht darin, dass es heute in Österreich eine Vielzahl ausdifferenzierter Einrichtungen für die stationäre psychiatrische Behandlung gibt: zusätzlich zu den zehn traditionellen psychiatrischen Krankenhäusern und den drei Universitätskliniken für Psychiatrie, die bei der ersten Inanspruchnahmeerhebung im Jahre 1971/72 erfasst wurden (Katschnig et al. 1974), sind heute auch zu berücksichtigen: psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, darüber

⁶ Aus Anlass der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF 1997) wurden die davor gültigen Bestimmungen in das oben genannte Bundesgesetz übergeführt. Bis 1999 wurden die Diagnoseklassifikationen ICD-9 der Weltgesundheitsorganisation verwendet.

hinaus gemischt psychiatrisch-neurologische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, zusätzlich Bettenabteilungen für Gerontopsychiatrie, für die Behandlung Alkoholkranker und anderer Suchtkranker, für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen und für psychosomatisch Kranke u. v. a. m. Nicht alle Krankenanstalten, die aufgrund des oben genannten Bundesgesetzes Daten an das BMGS melden, gehören auch zum LKF-Finanzierungsbereich. Zwar erfolgten weniger als 10 % aller 2.308.215 Entlassungen 1999 aus „Nicht-Fonds-Krankenanstalten“ (214.901 = 9,3 %), doch gibt es auch innerhalb der Psychiatrie Inkonsistenzen (so wird etwa eine große Krankenanstalt für Alkoholranke nach LKF finanziert, eine andere nicht). Für die hier vorgenommenen Auswertungen wurde deshalb nicht zwischen LKF-finanzierten („Fonds“-) Krankenanstalten und nicht-LKF („Nicht-Fonds“-) -Krankenanstalten unterschieden. Zu berücksichtigen ist auch, dass ganze Bereiche von psychiatrischen Krankenanstalten in den letzten Jahren finanzierungsmäßig in den Sozialhilfebereich ausgegliedert wurden und jetzt in Krankenanstaltenstatistiken nicht mehr aufscheinen. Außerdem stehen heute für die Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher eigene Justizanstalten zur Verfügung. Die stationäre „Psychiatrie-Szene“ ist also sehr bunt geworden.

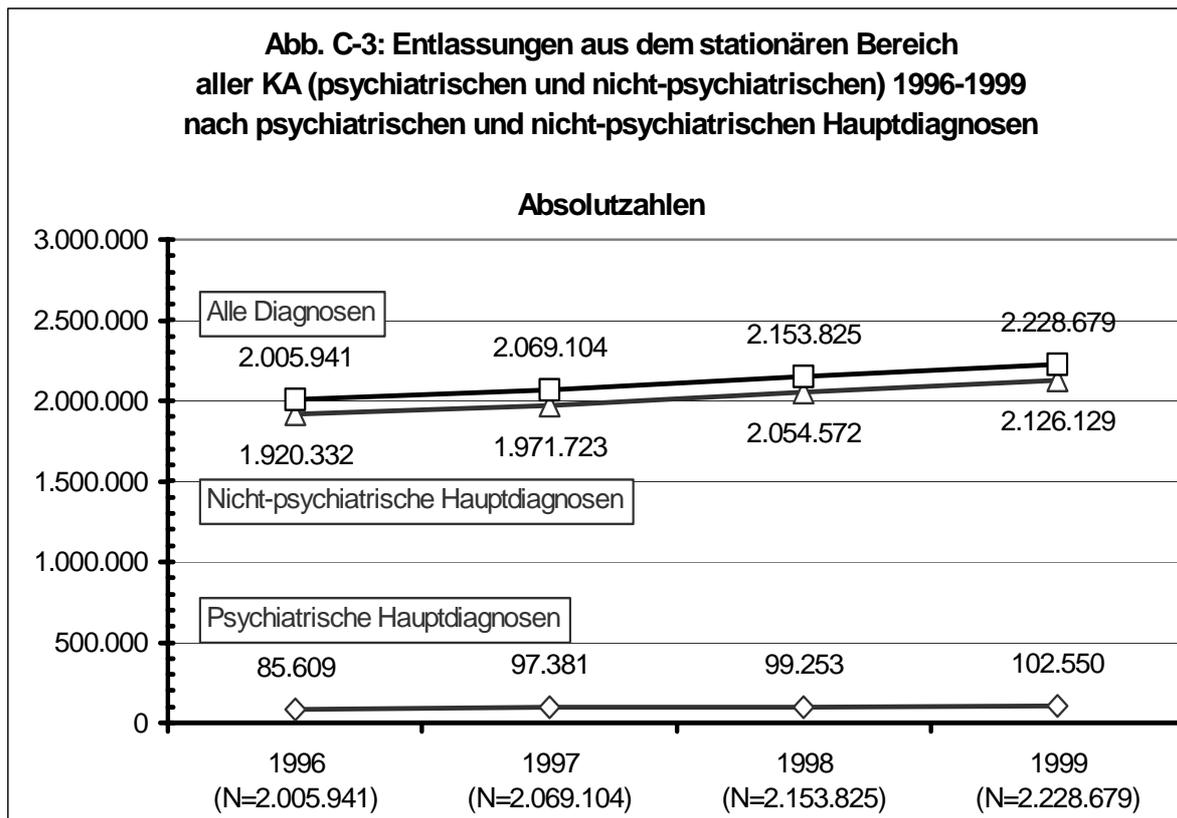
Die LKF-Systematik kennzeichnet bettenführende Funktionsbereiche in Krankenanstalten mit einem 6-stelligen Funktionscode, in dem an der 3. und 4. Stelle der „Fachhauptbereich“ enthalten ist. Auf die Psychiatrie beziehen sich die Funktionscodes 61 „Psychiatrie und Neurologie“, 62 „Psychiatrie“, und 64 „Logopädie (Kinder-Neuropsychiatrie)“.

1.2.2. Ergebnisse

1.2.2.1. Alle Krankenanstalten Österreichs

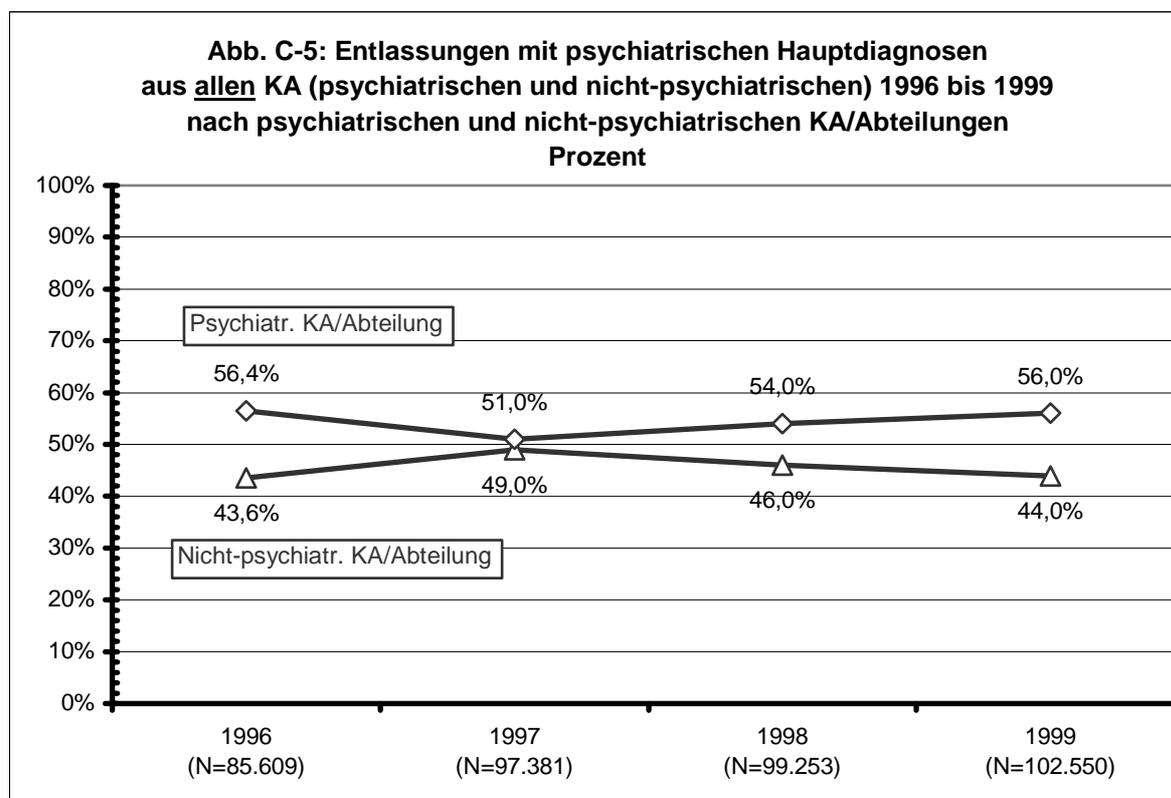
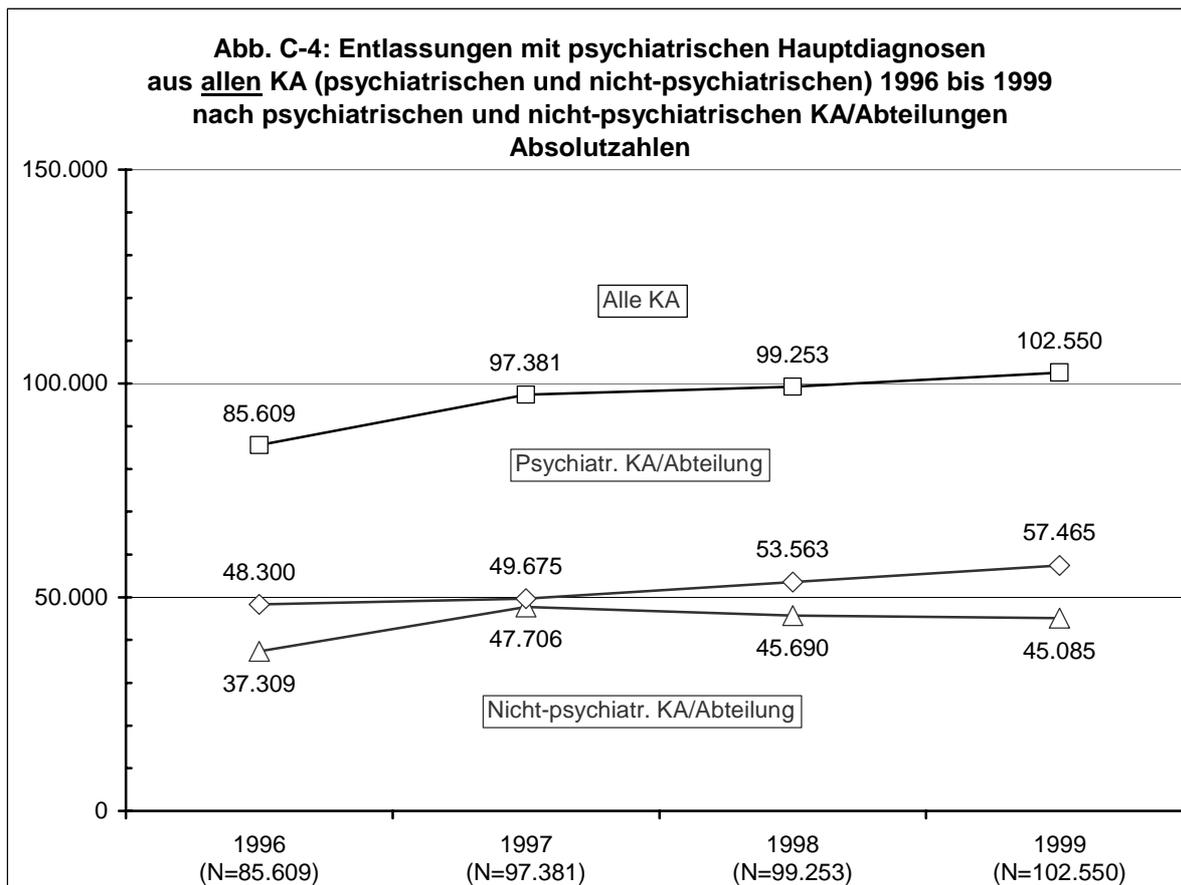
Im Jahre 1999 wurden insgesamt 2.228.679 Entlassungen aus den über 300 österreichischen Krankenanstalten (KA) gezählt⁷. 2.126.129 dieser Entlassungen (95,4 %) hatten keine psychiatrische Hauptdiagnose, bei 102.550 (4,6 %) wurde eine psychiatrische Hauptdiagnose angegeben. Fast jeder 20. Patient, der aus einer österreichischen Krankenanstalt entlassen wird, erhält also eine psychiatrische Hauptdiagnose. Dieser Anteil ist über die Jahre konstant, wie aus Abb. C-3 ersichtlich ist (1996: 4,3 %, 1997: 4,7 %, 1998: 4,6 %).

⁷ Gezählt sind hier und im folgenden lediglich Entlassungen aus vollstationärer Behandlung, nicht aber die 79.536 Entlassungen aus teilstationärer Behandlung.



Insgesamt nehmen Entlassungen aus österreichischen Krankenanstalten zu - zwischen 1996 und 1999 kam es zu einer Zunahme um 11,1 %. Bei den Entlassungen mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose war die Zunahme stärker und betrug 19,8 % (von 85.609 im Jahr 1996 auf 102.550 im Jahre 1999).

Betrachtet man nur die Entlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen, dann findet sich das überraschende Ergebnis, dass weit über 40 % aus nicht psychiatrischen Abteilungen erfolgen (Abb. C-4 und C-5). 1997, in dem Jahr, in dem die LKF eingeführt wurde, stieg dieser Anteil auf fast die Hälfte (49 %), da die Entlassungen aus nicht-psychiatrischen Abteilungen von 37.309 im Jahre 1996 um über 20 % auf 47.706 stiegen, die Entlassungen aus psychiatrischen Abteilungen jedoch nur unerheblich zunahmen.



Da im LKF-System bis zu 10 Nebendiagnosen vergeben werden können, wurde auch diesbezüglich eine Analyse durchgeführt. Dabei ergibt sich, dass zusätzlich zu den 4,6 %, die eine psychiatrische Hauptdiagnose hatten, weitere 4,8% aller entlassenen Patienten psychiatrische Nebendiagnosen erhielten, sodass - unter Einschluss von Entlassungen mit sowohl einer psychiatrischen Haupt- als auch einer psychiatrischen Nebendiagnose - fast jeder 10. Patient, der 1999 aus einer österreichischen Krankenanstalt entlassen wurde, eine psychiatrische Diagnose erhielt (Tab. C-3). Bei den folgenden Analysen werden diese psychiatrischen Nebendiagnosen aber außer acht gelassen.

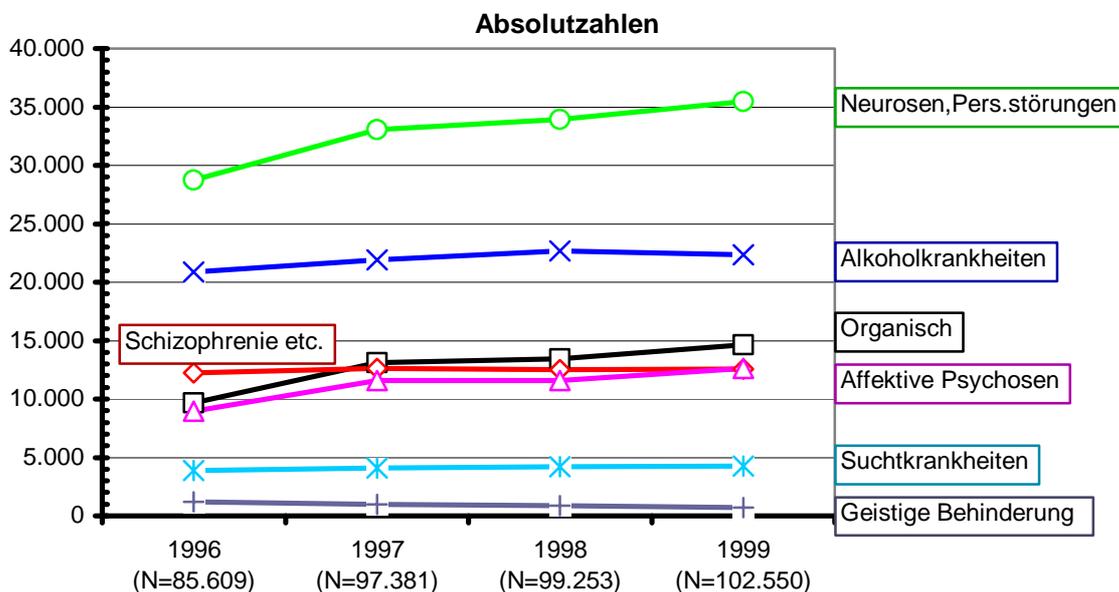
Tabelle C-3: Anzahl der Entlassungen mit psychiatrischen Haupt- bzw. Nebendiagnosen aus allen Krankenanstalten 1999 (psychiatrisch und nicht-psychiatrisch)

	psychiatrische Hauptdiagnose	Anteil
Psychiatrische Hauptdiagnose (mit oder ohne psychiatrische Nebendiagnosen)	102.550	4,6%
Psychiatrische Nebendiagnose (ohne psychiatrische Hauptdiagnose)	106.476	4,8%
Ohne psychiatrische Haupt- oder Nebendiagnose	2,019.653	90,6%
Alle Entlassungen	2,228.679	100,0%

Werden alle Entlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen nach den wichtigsten Diagnosegruppen⁸ aufgegliedert (Abb. C-6 und C-7), dann ist die weitaus größte Gruppe die der Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (rund ein Drittel aller Entlassungen), gefolgt von Alkoholkrankheiten (etwas mehr als ein Fünftel aller Entlassungen). An dritter Stelle liegen mit rund 10 bis 15 % drei Diagnosegruppen nahe beieinander: psychoorganische Störungen (darunter die Demenzerkrankungen), Schizophrenie und affektive Psychosen.

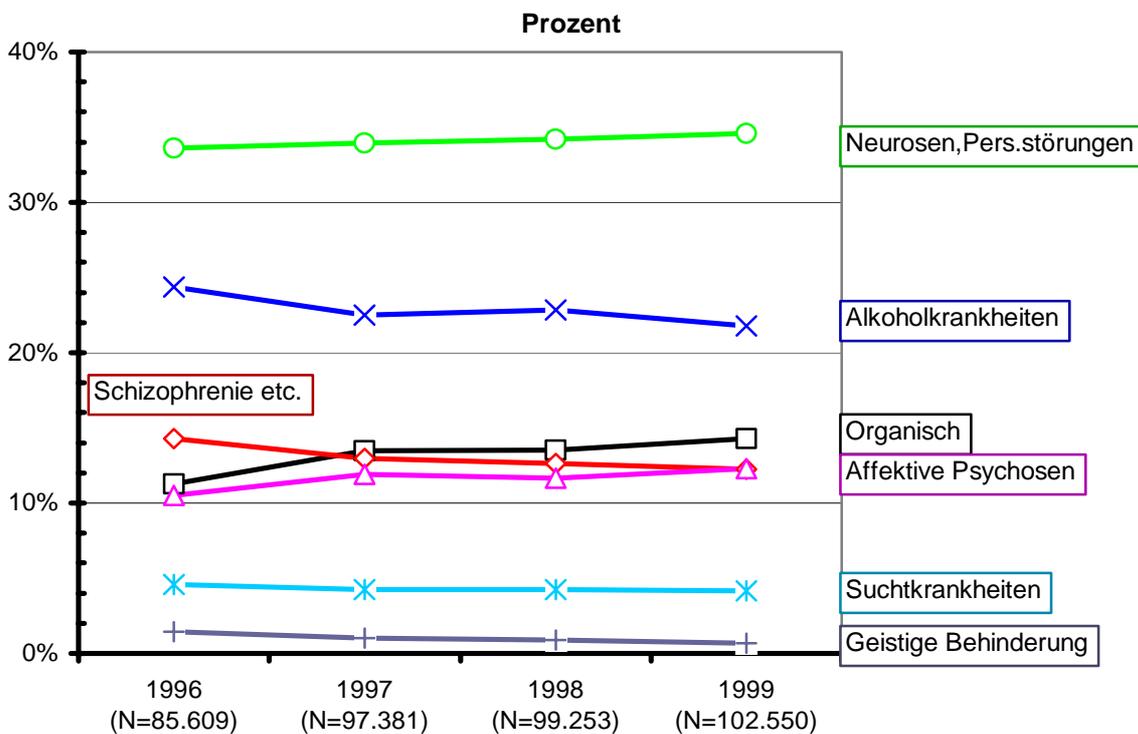
⁸ Die Definition dieser Diagnosegruppen erfolgte durch Zusammenfassung von ICD-9 Diagnosen (siehe Anhang B).

Abb. C-6: Entlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen aus allen KA (psychiatrischen und nicht-psychiatrischen) 1996 bis 1999 nach Diagnosegruppen *)



*) Definition siehe Anhang B

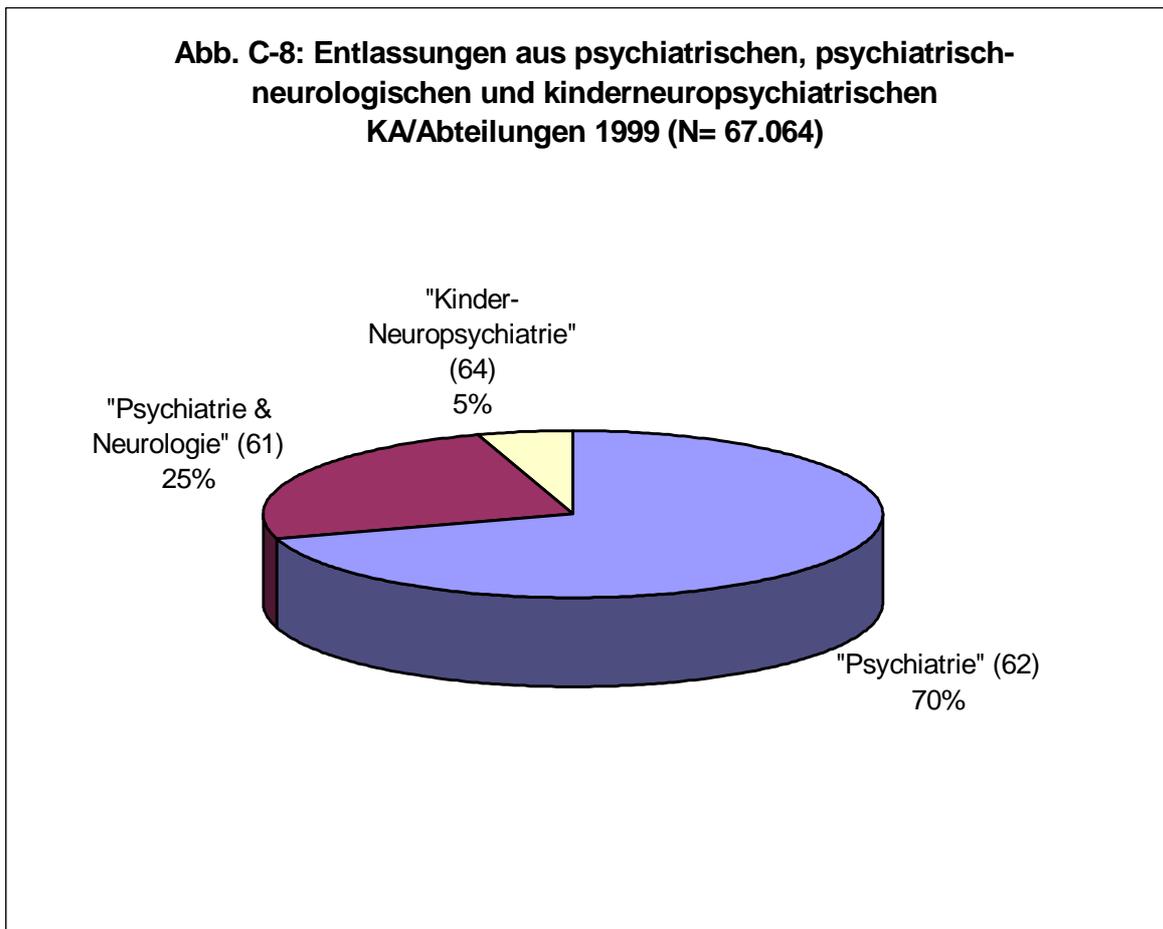
Abb. C-7: Entlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen aus allen KA 1996 bis 1999 nach Diagnosegruppen

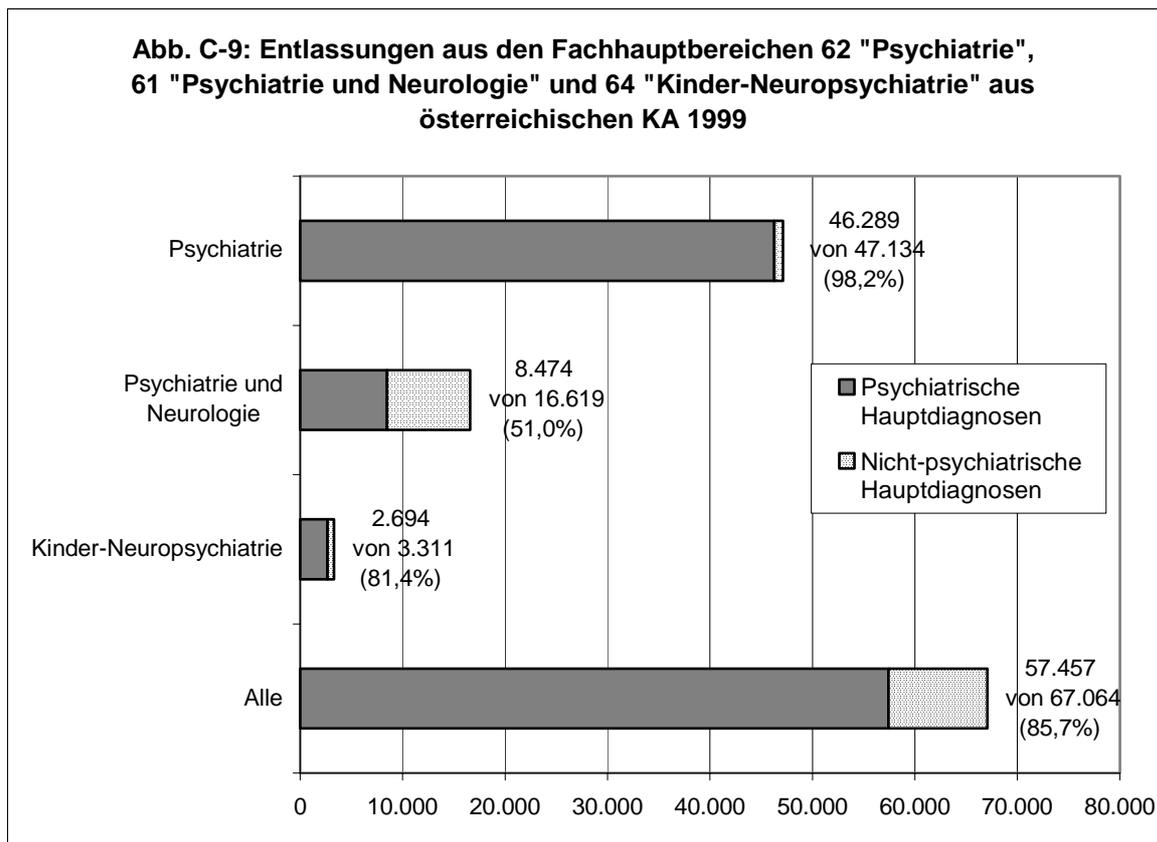


1.2.2.2. Psychiatrische Krankenanstalten und Abteilungen

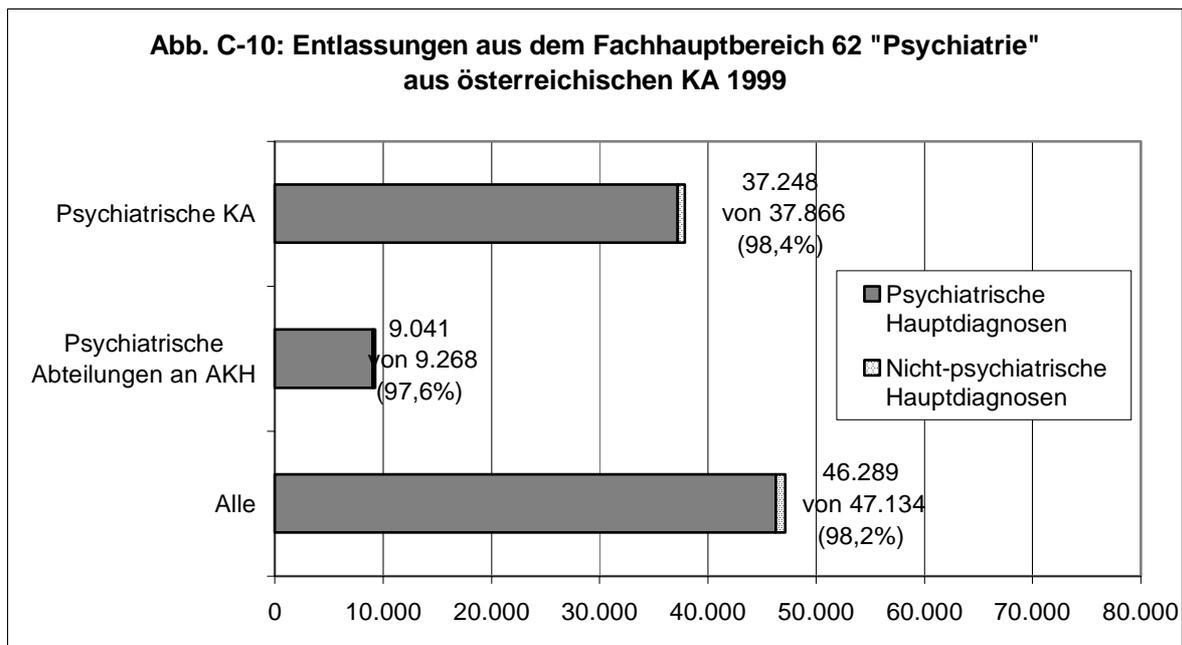
In den aufgrund des „Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen“ (BGBl. Nr. 745/1996) an das Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen gemeldeten Daten österreichischer Krankenanstalten sind psychiatrische KA bzw. Abteilungen durch die drei Funktionscodes 62 („Psychiatrie“), 61 („Neurologie und Psychiatrie“ gemeinsam; „Neurologie“ hat den eigenen Funktionscode 63 und wird hier nicht berücksichtigt), sowie 64 („Kinder-Neuropsychiatrie“) gekennzeichnet.

Im Jahre 1999 wurden 67.064 Patienten aus Krankenanstalten bzw. Abteilungen mit einem der drei psychiatrischen Funktionscodes entlassen. 70 % wurden aus psychiatrischen Krankenanstalten/Abteilungen entlassen, rund ein Viertel aus gemischten Abteilungen für „Psychiatrie und Neurologie“ und 5 % aus Kinder-Neuropsychiatrischen Abteilungen (Abb. C-8).



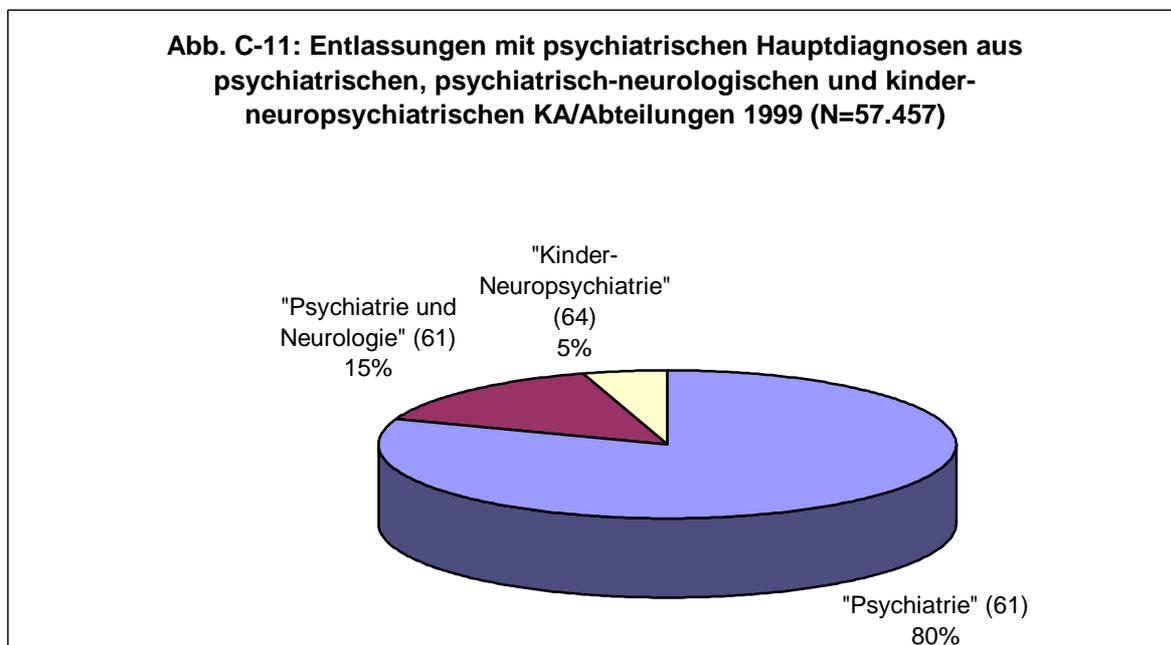


An KA/Abteilungen mit Funktionscode 62 („Psychiatrie“) waren 98,2 % aller Hauptdiagnosen psychiatrischer Natur, an gemischt psychiatrisch-neurologischen Abteilungen nur 51 % und an kinderpsychiatrischen Abteilungen 81,4 % (Abb. C-9). Damit ist der Anteil psychiatrischer Hauptdiagnosen insgesamt nur 85,7 %.



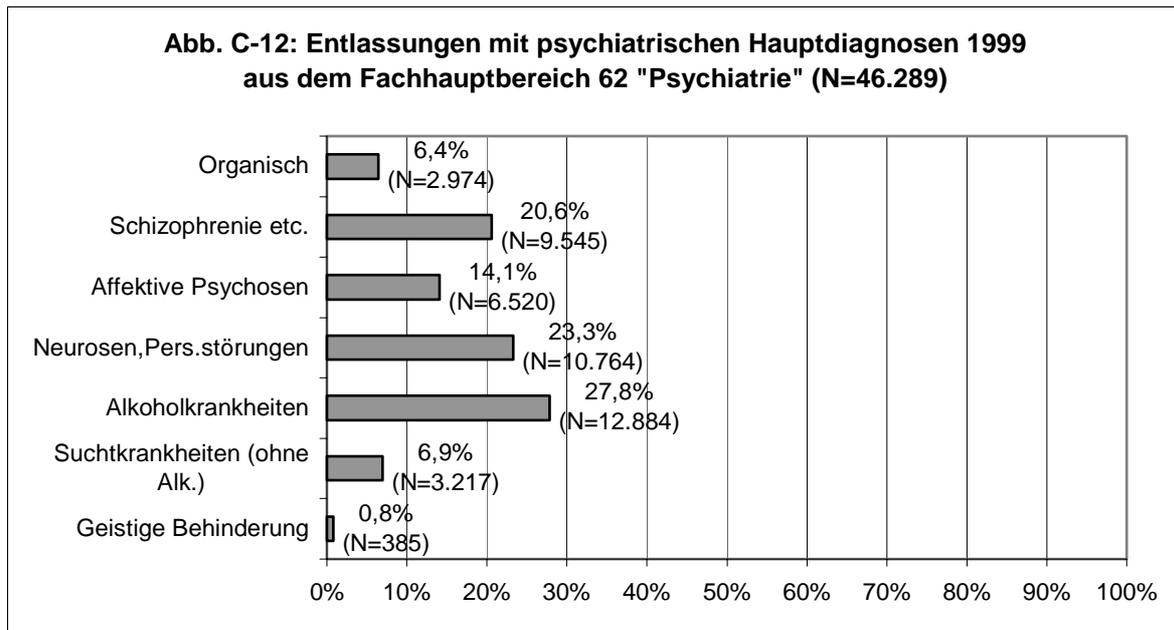
Von den 47.134 Entlassungen aus psychiatrischen KA/Abteilungen kamen 37.866 (80,3 %) aus psychiatrischen Krankenanstalten sowie 9.268 (19,7 %) aus psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern (Abb. C-10). In beiden Fällen ist der Anteil psychiatrischer Hauptdiagnosen annähernd 100 %.

Zählt man die psychiatrischen Hauptdiagnosen bei Entlassung aus dem psychiatrischen Bereich (N=57.457) und teilt sie nach Herkunft auf, dann ergibt sich, dass 80% aus psychiatrischen Krankenanstalten/Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern erfolgen, 15% auf gemischt psychiatrisch-neurologischen Abteilungen und 5% aus kinderpsychiatrischen Abteilungen (Abb. C-11).

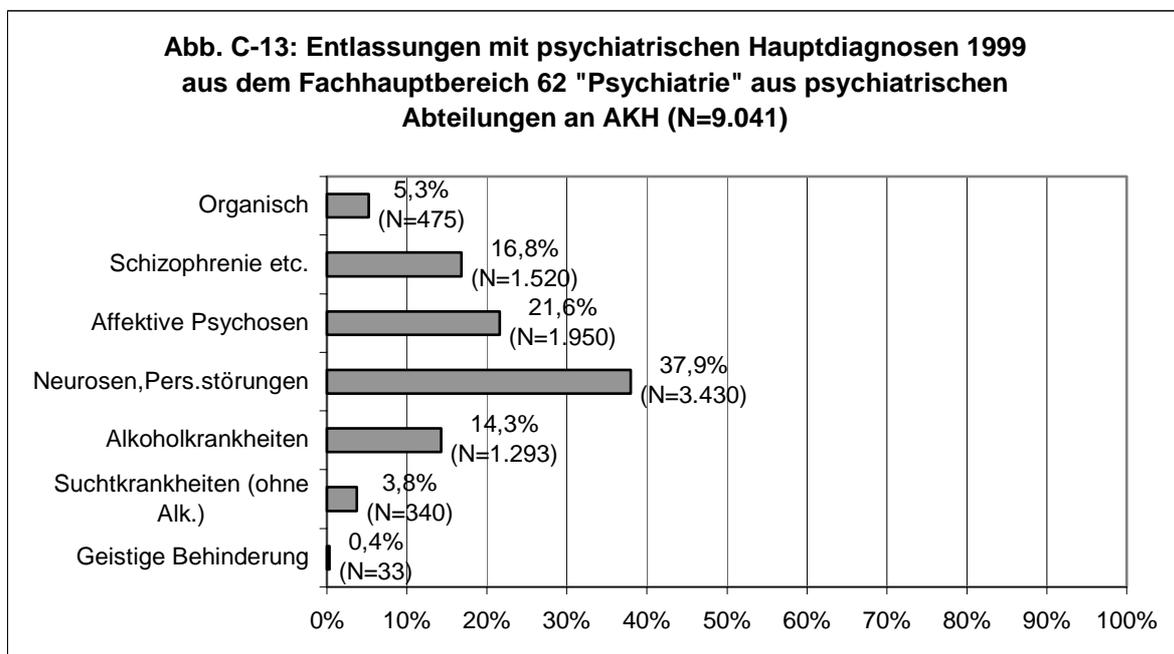


Für das Jahr 1999 sind in den folgenden Abbildungen die Diagnosespektren für die verschiedenen psychiatrischen Fachhauptbereiche dargestellt.

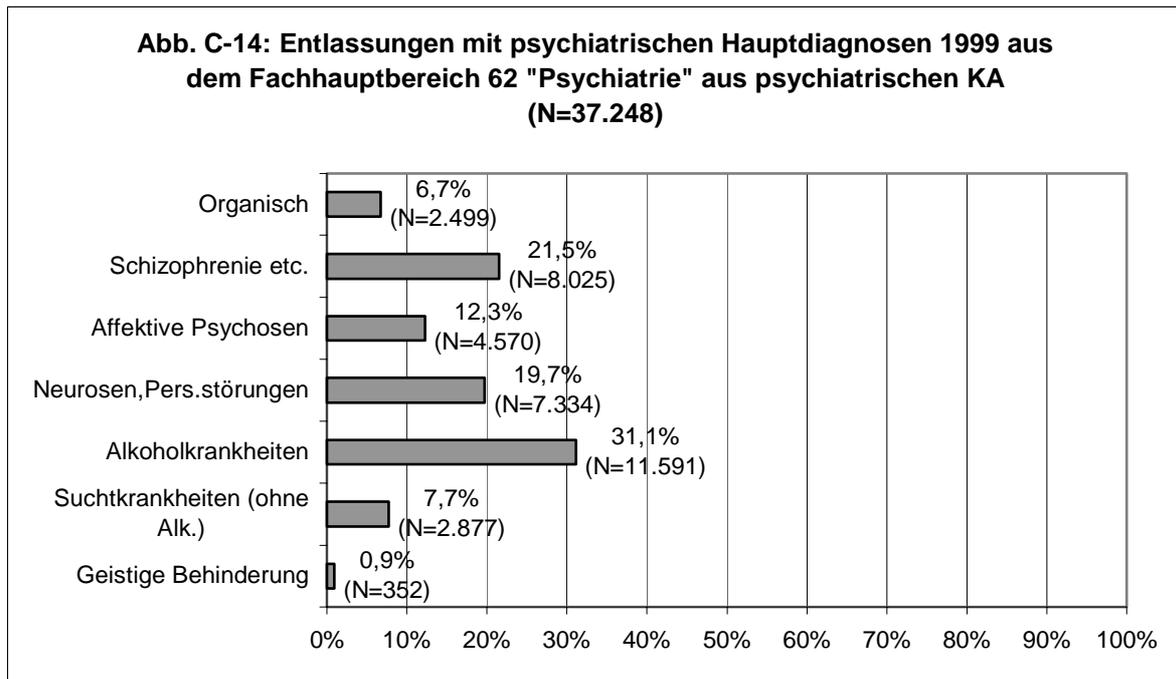
In den „rein psychiatrischen“ Bereichen stehen die Alkoholkrankheiten mit 28 % an erster Stelle (Abb. C-12). Neurosen und Persönlichkeitsstörungen sind am zweithäufigsten (23 %); die Schizophrenie liegt an dritter Stelle (21 %). Es folgen affektive Psychosen (14 %) und – verhältnismäßig selten – andere Suchtkrankheiten (7 %) und psychoorganische Erkrankungen (einschließlich Demenz; 6 %).



Da es heute bereits mehrere psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern gibt, wurde die Abb. C-12 getrennt auch für solche Abteilungen (siehe Abb. C-13) und für psychiatrische KA (siehe Abb. C-14) erstellt.

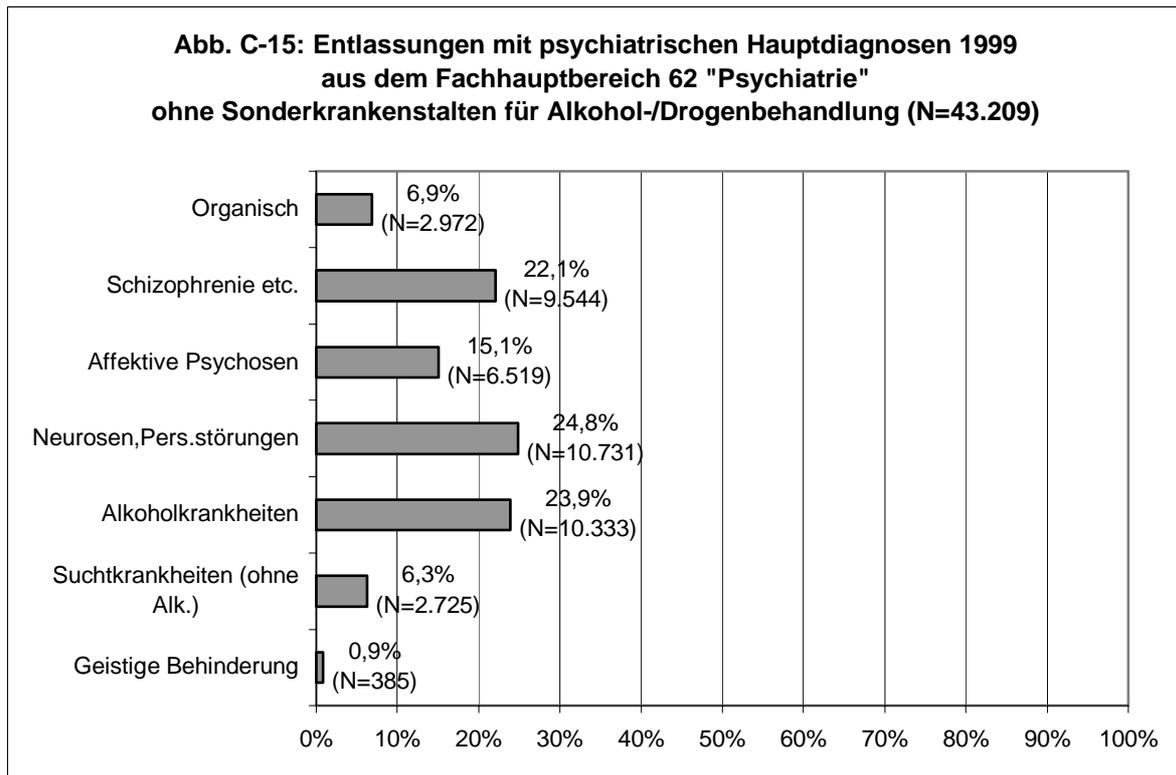


In psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern liegen Neurosen und Persönlichkeitsstörungen mit 38 % an erster Stelle. Es folgen affektive Psychosen (22 %) und Schizophrenie (17 %). Alkoholkrankheiten liegen erst an 4. Stelle, und Suchtkrankheiten und psychoorganische Erkrankungen sind wieder nur mit wenigen Prozenten vertreten.

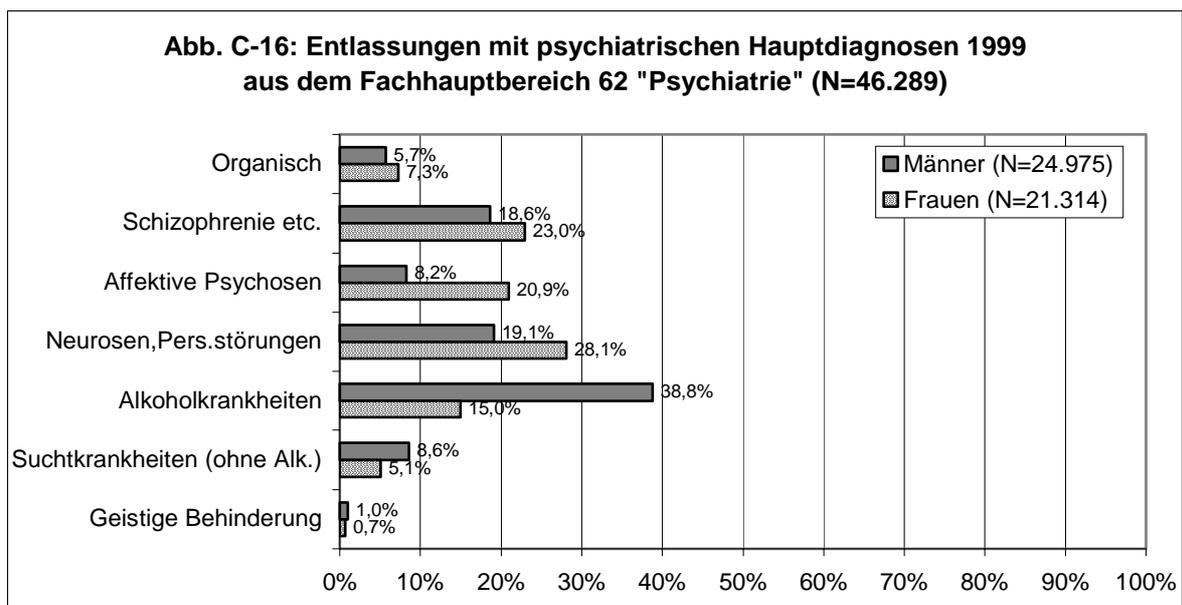


In psychiatrischen KA liegen erwartungsgemäß die Alkoholkrankheiten vorne (31 %); Schizophrenie ist die zweithäufigste Diagnose (22 %). Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (20 %) und affektive Psychosen (12 %) folgen. Suchtkrankheiten und psychoorganische Erkrankungen liegen am Ende der Rangreihe (Abb. C-14).

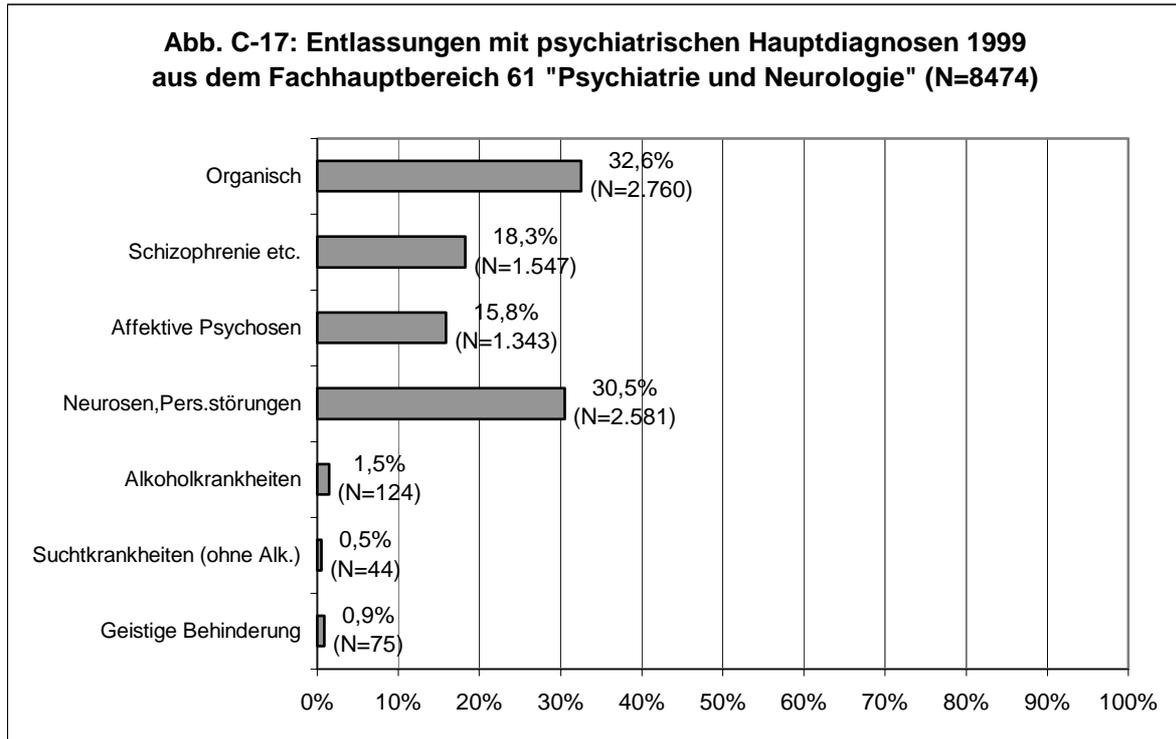
Da jedoch in den psychiatrischen Krankenanstalten mit Funktionscode 62 auch Sonderkrankenanstalten für Alkoholranke und Drogenabhängige enthalten sind, wurde dieses Diagnosespektrum auch ohne diese Anstalten analysiert (Abb. C-15). Auch in dieser Auswertung sind Alkoholkrankheiten - allerdings gleichauf mit Neurosen und Persönlichkeitsstörungen - mit je rund 25% an erster Stelle. Schizophrenie liegt knapp dahinter (22%).



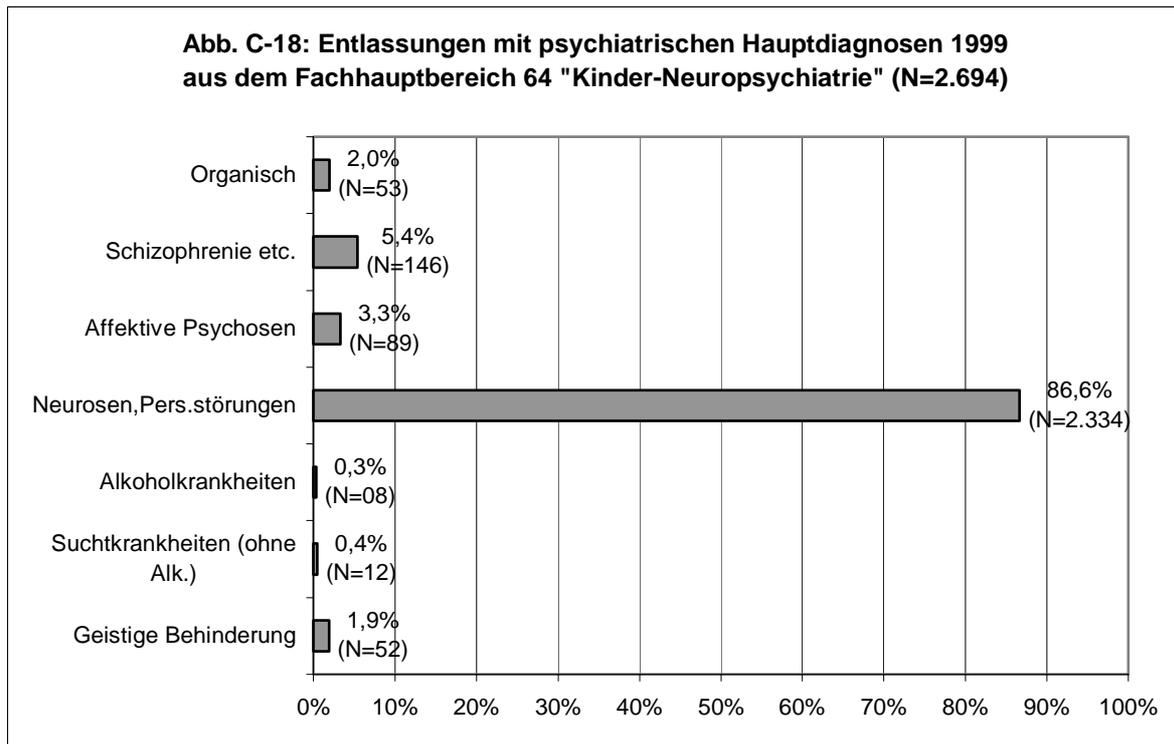
Bei einer getrennten Auswertung nach Männern und Frauen zeigen sich die bekannten Unterschiede. Bei Männern sind die Alkoholkrankheiten mit 38,8 % an erster Stelle, gefolgt von Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (19 %) und der Schizophrenie (19 %). Bei Frauen liegen hingegen Neurosen und Persönlichkeitsstörungen mit 28 % an erster Stelle, Schizophrenie (23 %) und affektive Psychosen (21 %) folgen. Alkoholkrankheiten liegen bei Frauen mit 15 % erst an vierter Stelle (Abb. C-16).



Völlig anders ist die Situation an den gemischten „psychiatrisch-neurologischen“ Abteilungen. Bei ihnen – sie leisten immerhin 15 % der stationären psychiatrischen Versorgung (gemessen an Entlassungen) – stellen von allen Entlassungen mit psychiatrischer Hauptdiagnose die psychoorganischen Erkrankungen die häufigste Gruppe dar (33 %). Neurosen und Persönlichkeitsstörungen liegen an zweiter Stelle (31 %), Schizophrenie (18 %) und affektive Psychosen (16 %) folgen. Alkoholkrankheiten und andere Suchtkrankheiten spielen keine Rolle. (siehe Abb. C-17)

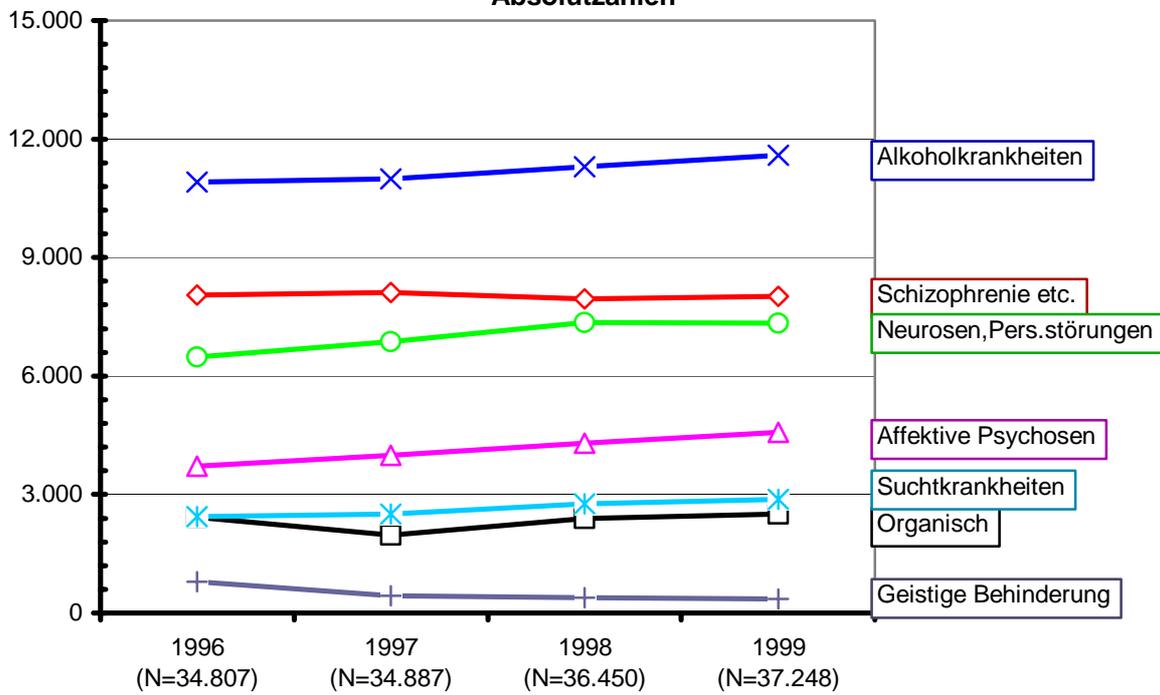


An kinderneuropsychiatrischen Abteilungen stehen die "neurotischen" Störungen bei weitem im Vordergrund (87 % aller Entlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen). Schizophrenie (5,4 %) und affektive Psychosen (3,3 %) folgen. (siehe Abb. C-18)



Für Entlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen aus psychiatrischen KA, und - getrennt - für solche aus psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sind in den Abbildungen C-19 bis C-22 die zeitlichen Entwicklungen der einzelnen Diagnosegruppen zwischen 1996 und 1999 dargestellt. In den psychiatrischen KA gab es einen leichten Anstieg der Entlassungen aller Diagnosegruppen (außer Schizophrenie und Geistige Behinderung), in den psychiatrischen Abteilungen hingegen lassen sich die Neugründungen in den Jahren 1998 und 1999 an einer deutlichen Zunahme der Aufnahmen erkennen (außer wiederum bei der Schizophrenie und der geistigen Behinderung).

Abb. C-19: Entlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen aus dem stationären Bereich psychiatrischer KA 1996 bis 1999 nach Diagnosegruppen *)
Absolutzahlen



*) Definition siehe Anhang B

Abb. C-20: Entlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen aus dem stationären Bereich psychiatrischer KA 1996 bis 1999 nach Diagnosegruppen
Prozent

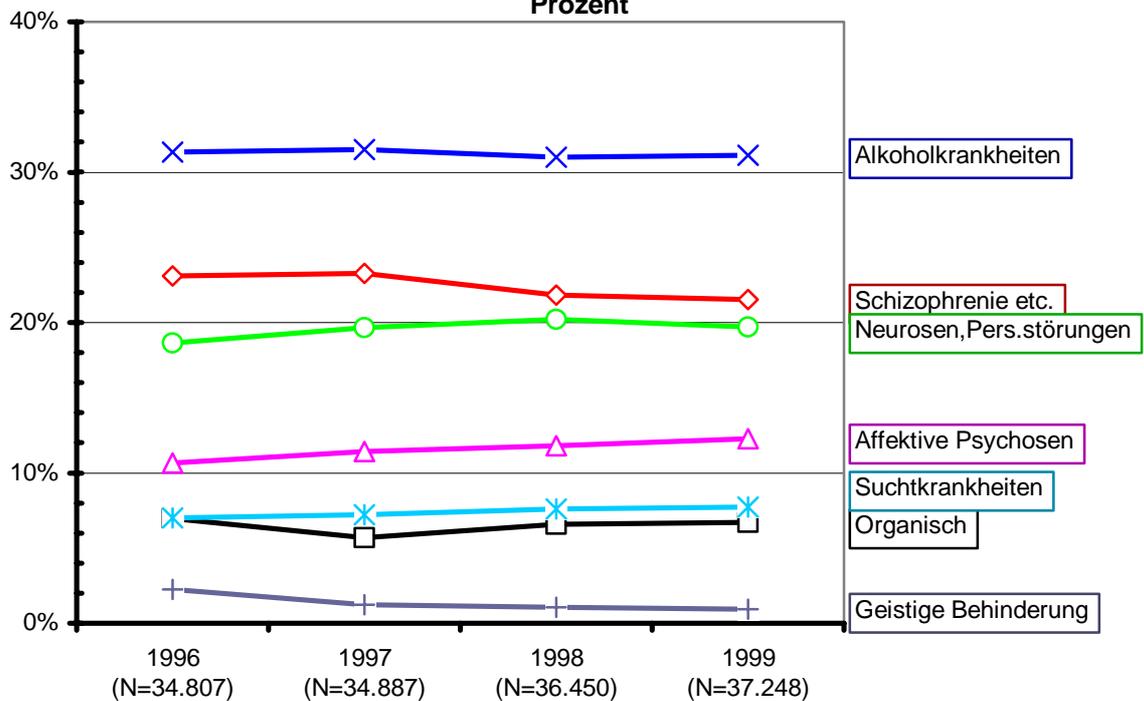


Abb. C-21: Entlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen aus dem stationären Bereich psychiatrischer Abteilungen an Allgemein-Krankenhäusern 1996 bis 1999 nach Diagnosegruppen

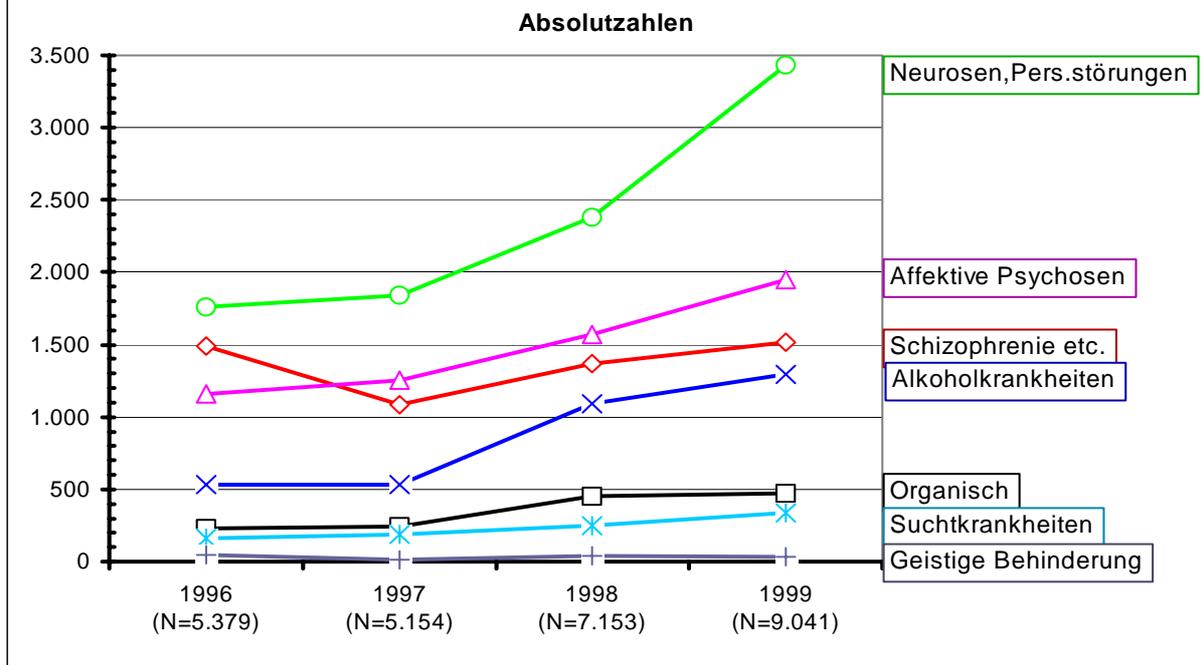
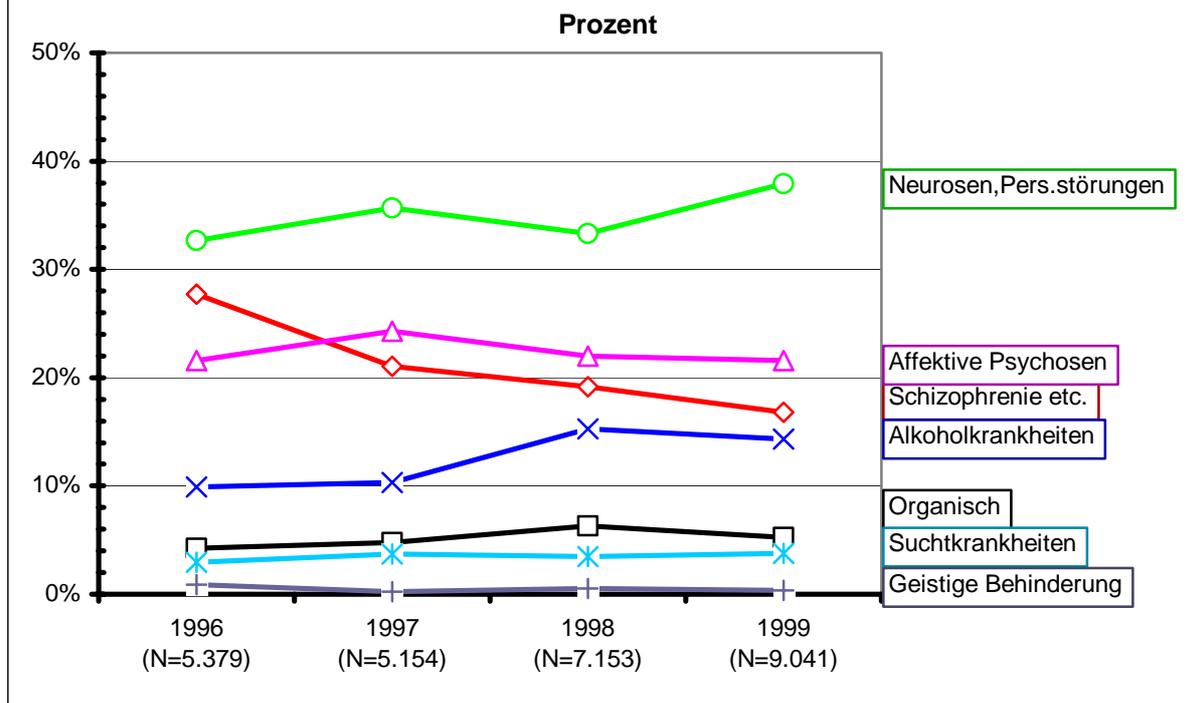


Abb. C-22: Entlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen aus dem stationären Bereich psychiatrischer Abteilungen an Allgemein-Krankenhäusern 1996 bis 1999 nach Diagnosegruppen



Unterbringungen nach dem Unterbringungsgesetz 1991

Bis zum Unterbringungsgesetz 1991 (UbG) war die Zahl der bei Gerichten gemeldeten gerichtlichen Anhaltungen in psychiatrischen Krankenanstalten für den Zeitraum, für den Daten zur Verfügung standen, ständig gesunken. Forster (1997) berichtet 22.000 gemeldete Anhaltungen im Jahresdurchschnitt 1971 bis 1975, 12.000 gemeldete Anhaltungen im Jahresdurchschnitt 1981 bis 1985 und ca. 7.500 gemeldete Anhaltungen im Jahre 1990. Seit 1993 ist es jedoch zu einer Trendumkehr gekommen.

In Tabelle C-4 sind die Unterbringungen ohne Verlangen (sie entsprechen in etwa den „Anhaltungen“ für die Zeit vor dem UbG) seit 1992 dargestellt. Dabei ist ein starkes Ansteigen dieser Unterbringungszahlen zu beobachten, und zwar zwischen 1992 und 1999 eine Verdoppelung, allerdings sind auch die Aufnahmen in diesem Zeitraum gestiegen. Es ist nicht mehr eindeutig, auf welche Grundpopulation diese Unterbringungen bezogen werden sollen, bzw. es hängt davon ab, welche Aussage man treffen möchte.

Ist es die Absicht zu zeigen, wieviel Prozent sämtlicher mit psychiatrischen Hauptdiagnosen in österreichischen Krankenanstalten behandelter Patienten untergebracht waren, dann muss die zu Beginn dieses Kapitels erwähnte Gesamtzahl aller Entlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen herangezogen werden. Diese Zahl war über die letzten Jahre ständig im Steigen, allerdings stieg sie weniger rasch als die Unterbringungszahl, sodass hier ein Prozentsatz von 10,10 im Jahre 1992 und ein solcher von 13,77 im Jahre 1999 resultiert. Bei dieser Art von Berechnung lässt sich sagen, dass bei jeder 7. Aufnahme wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose eine Unterbringung stattfand.

Bezieht man sich jedoch auf psychiatrische Einrichtungen im engeren Sinn und bezieht die im Methodenteil erwähnten Funktionscodes für die Hauptfachbereiche Psychiatrie (62: „Psychiatrie“; 64: „Kinder-Neuropsychiatrie“; 61: „Psychiatrie und Neurologie gemischt“) ein, dann ergeben sich bereits höhere Raten, die jedoch für den Zeitraum 1996 bis 1999, für den uns Daten zur Verfügung standen, im Schnitt nicht gestiegen sind. Bei dieser Art von Betrachtung wurde zuletzt rund jeder vierte Patient nach dem Unterbringungsgesetz untergebracht (1996: 23,33 %; 1999: 24,58 %).

Lässt man die gemischten Abteilungen für „Psychiatrie und Neurologie“ (an denen in der Regel keine Unterbringungen stattfinden) und die Abteilungen für „Kinder-Neuropsychiatrie“ weg, dann ergibt sich eine Unterbringungsrate von zuletzt über 30 % (1996: 28,04 %; 1999: 30,51 %). Bezogen auf die Gesamtbevölkerung gab es 1992 rund 100 Unterbringungen auf 100.000 Einwohner, 1995 etwa 140 pro 100.000 und 1999 bereits 176 pro 100.000. Auf wie viele Personen sich diese Unterbringungen beziehen, ist nicht bekannt, da es ja durchaus vorkommen kann, dass die gleiche Person mehrmals pro Jahr untergebracht wird.

Tab. C-4: Gerichtlich gemeldete Unterbringungen (nach UbG) im Verhältnis zu Entlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Unterbringungen ohne Verlangen	7335	9197	9937	11064	11268	12300	13084	14123
Anteil an allen Entlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen	10,10%	12,05%	12,71%	13,64%	13,16%	12,63%	13,18%	13,77%
Anteil an allen Entlassungen von psychiatrischen Abteilungen (inkl. „Psychiatrie und Neurologie“, KJNP)					23,33%	24,76%	24,43%	24,58%
Anteil an Entlassungen aus rein psychiatrischen Abteilungen*					28,04%	30,72%	30,01%	30,51%

* Forster 1997 berichtet für 1992 eine Rate von 15% für 1995 eine solche von 21%. Die Daten sind mit den hier präsentierten nicht direkt vergleichbar, weisen aber auf einen steigenden Trend bis Mitte der 90er Jahre hin.

Quelle: Forster 1997 und Forster mündliche Mitteilung (Bundesrechenzentrum)

Nur etwa die Hälfte aller untergebrachten Personen werden mit einer Bescheinigung der dazu befugten Ärzte des öffentlichen Sanitätsdienstes den psychiatrischen Abteilungen zugewiesen. Für 1995 berichtet Forster (1997) 5.000 solche Zuweisungen und weitere 600 Personen, die unmittelbar durch die Sicherheitsbehörde in den psychiatrischen Abteilungen vorgestellt wurden.

1995 zählte Forster insgesamt 9.540 Aufnahmen nach dem UbG (davon waren 8.521 ohne Verlangen und 1.019 mit Verlangen). Rund die Hälfte aller Aufnahmen nach dem UbG erfolgten nicht im Anschluss an eine Zuweisung durch die dafür befugten Ärzte.

Bemerkenswert erscheint der Sachverhalt, dass nur zwei Drittel aller mit einer ärztlichen Bescheinigung zugewiesenen Patienten tatsächlich ohne Verlangen untergebracht werden,

und dass nach einer informellen Aufnahme zum Zeitpunkt der Erstanhörung (innerhalb von vier Tagen nach der Aufnahme) dann wiederum nur noch rund zwei Drittel angehalten sind. Zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung, 14 Tage später, ist dieser Anteil auf unter 25 % der ursprünglichen Unterbringungen gesunken. Nach internen Daten der Patientenanwaltschaft des Vereins für „Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft“ werden zumindest die Hälfte der untergebrachten Patienten zusätzlich weiteren Beschränkungen der Bewegungsfreiheit unterworfen (auf einen Raum und innerhalb eines Raumes mittels Gurten oder Netzbetten).

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Praxis der Zuweisung durch die dazu befugten Ärzte des öffentlichen Sanitätsdienstes und die Praxis der Unterbringung lokal sehr stark variieren, ebenso wie die gerichtliche Entscheidungspraxis bei den Überprüfungen der ärztlich angeordneten Freiheitsentziehungen.

Maßnahmenvollzug gemäß §21 Abs.1, §21 Abs.2 und §22 Strafgesetzbuch

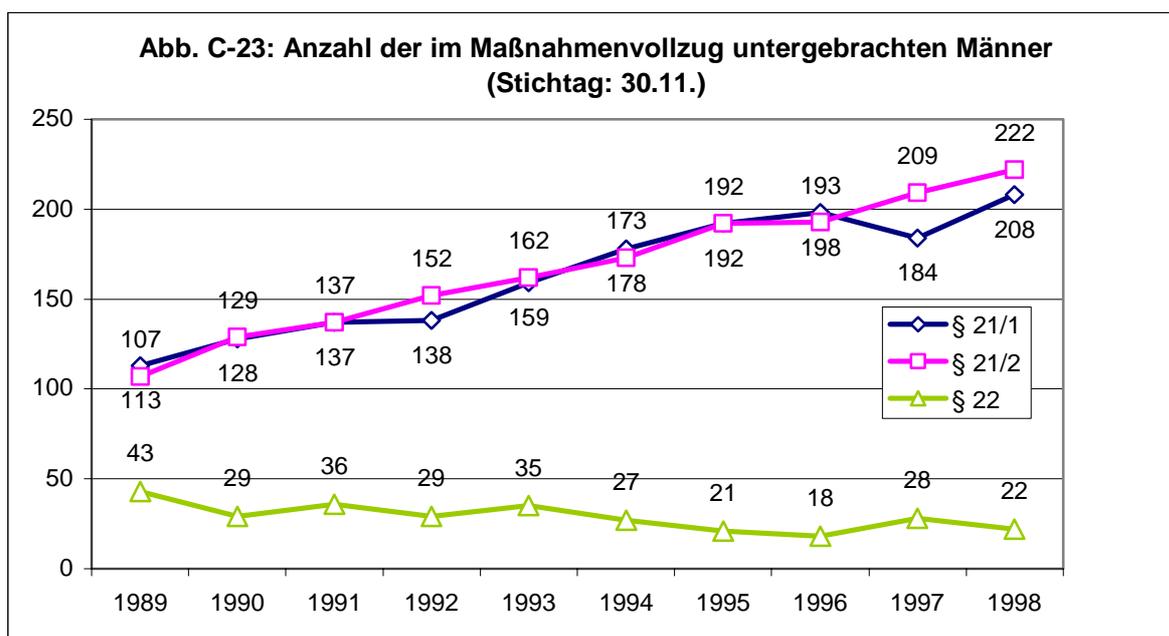
In Österreich werden psychisch kranke bzw. psychisch abnorme Rechtsbrecher seit der Strafrechtsreform 1975 nicht in psychiatrische Krankenanstalten sondern in Justizanstalten des Bundesministerium für Justiz, die speziell für den Maßnahmenvollzug eingerichtet wurden, eingewiesen⁹. Fast alle diese Straftäter sind Männer. Je nachdem, ob sie vom Gericht für zurechnungsunfähig (§21 Abs. 1) oder für zurechnungsfähig (§21 Abs.2) eingestuft werden, sind die Justizanstalten Göllersdorf (§ 21 Abs.1) oder die Justizanstalt Mittersteig (§ 21 Abs.2) zuständig. Unter §21 Abs.1 fallen psychisch Kranke im engeren Sinn (etwa Personen mit schizophrenen Psychosen), unter §21 Abs.2 fallen vorwiegend psychisch abnorme Rechtsbrecher mit Persönlichkeitsstörungen (z.B. Sexualstraftäter). Unter §22 Strafgesetzbuch fallen „entwöhnungsbedürftige“ Rechtsbrecher, die in einer eigenen Justizanstalt (Favoriten) behandelt werden.

Da die Kapazitäten der spezifischen Justizanstalten ausgeschöpft sind, werden Personen, die nach § 21 Abs. 1 eingewiesen wurden, heute rund zur Hälfte in psychiatrischen Krankenanstalten behandelt; Personen, die nach § 21 Abs.2 verurteilt wurden, sind - ebenfalls rund zur Hälfte - in anderen Justizanstalten untergebracht. Rund die Hälfte aller in eine

⁹ gilt nur für Taten, die mit einer ein Jahr übersteigenden Freiheitsstrafe bedroht sind

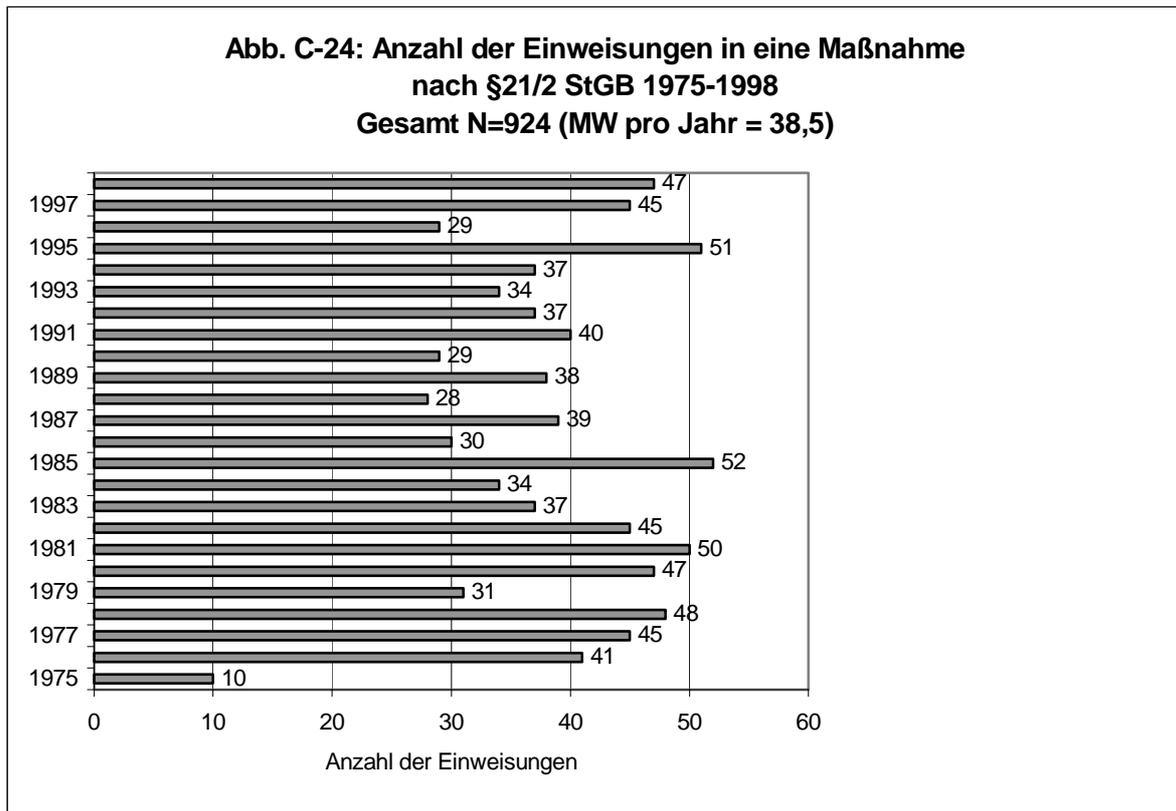
Maßnahme eingewiesenen Personen kann also aus Kapazitätsgründen nicht in den dafür ursprünglich vorgesehenen speziellen Justizanstalten behandelt werden.

In Abbildung C-23 ist die Entwicklung der Stichtagsprävalenzen für §21 Abs.1, §21 Abs.2 und § 22 für die Jahre 1985 bis 1998 getrennt dargestellt. Die Anzahl der nach §21 Abs.1 und Abs.2 an einem Stichtag untergebrachten Personen nehmen stetig zu, bei §22 nimmt die Zahl leicht ab.



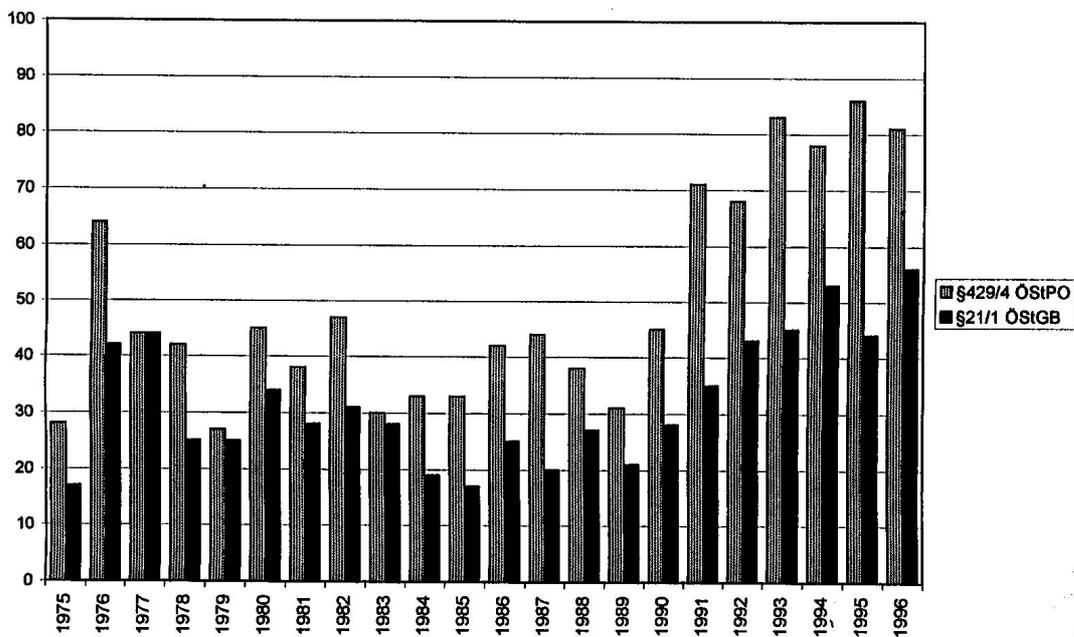
Quelle: Bundesministerium für Justiz

In der nächsten Abbildung (Abb. C-24) ist die zeitliche Entwicklung der Unterbringungen im Maßnahmenvollzug gemäß § 21 Abs.2 für die Jahre 1975 bis 1998 dargestellt. Dabei zeigt sich kein Trend eines Steigens oder Fallens der jährlichen Verurteilungszahlen, die allerdings um den Mittelwert von 38,5 Verurteilungen pro Jahr stark schwanken (Katschnig und Gutierrez 2000). Für Unterbringungen nach §21 Abs. 1 wurden für den Zeitraum 1975 bis 1996 insgesamt rund 750 Einweisungen in den Maßnahmenvollzug gezählt, was einem Mittelwert von rund 34 pro Jahr entspricht, mit einer steigenden Tendenz (Schanda et al, in Druck). Am Rande relevant ist auch die Zahl von rund 1.050 „vorläufigen Anhaltungen“ und Einweisungen von Untersuchungshäftlingen in die genannten Anstalten (nach § 429 Abs.4 Strafprozessordnung) im Laufe der 22 Jahre zwischen 1975 und 1996, wobei die Tendenz ebenfalls steigend ist (Schanda et al., in Druck).



Quelle: Katschnig und Gutierrez 2000

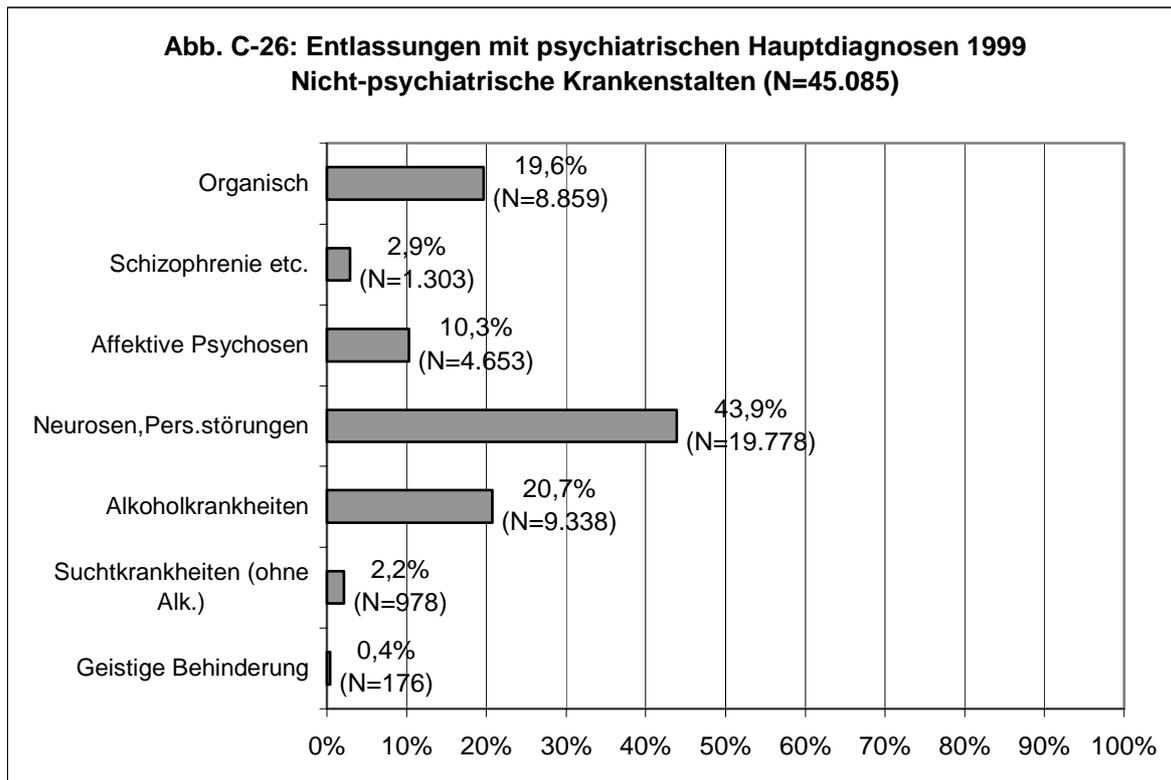
Abb. C-25: Vorläufige Anhaltungen nach §429/4 ÖStPO bzw. Einweisungen nach §21/1 ÖStGB pro Jahr



Quelle: Schanda et al, in Druck

1.2.2.3. Nicht-psychiatrische Abteilungen

An nicht-psychiatrischen Abteilungen österreichischer Krankenanstalten wurden im Jahre 1999 44% aller mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose entlassenen Patienten behandelt. Das Diagnosespektrum ist in diesen Abteilungen erwartungsgemäß anders als in psychiatrischen KA/Abteilungen (Abb. C-26).

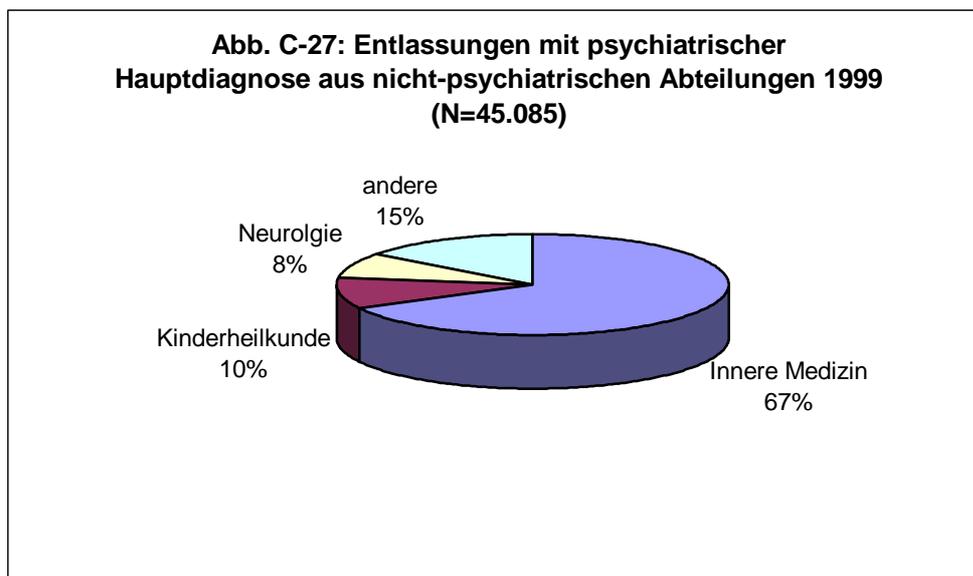


In nicht-psychiatrischen Abteilungen machen Neurosen und Persönlichkeitsstörungen 44% (N=19.787) aller Entlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen aus; in psychiatrischen KA/Abteilungen war die Gruppe der Neurosen und Persönlichkeitsstörungen nur in 23,3% (N=10.767) vertreten. Das heißt also, dass, absolut gesehen, in nicht-psychiatrischen Abteilungen fast doppelt so viele Patienten mit Neurosen und Persönlichkeitsstörungen behandelt werden wie in psychiatrischen Abteilungen. An zweiter Stelle der Diagnosehäufigkeiten folgen in nicht-psychiatrischen Abteilungen mit annähernd gleich großen Häufigkeiten Alkoholkrankheiten (20,7%; N=9.338) und psychoorganische Erkrankungen (19,6%; N=8.859). Dies weicht deutlich von den psychiatrischen KA/Abteilungen ab, an denen die Alkoholkrankheiten mit 27,8% (N=12.884) an erster Stelle

und die psychoorganischen Erkrankungen mit 6,4% (N=2.974) sogar erst an sechster Stelle der Diagnosehäufigkeiten liegen.

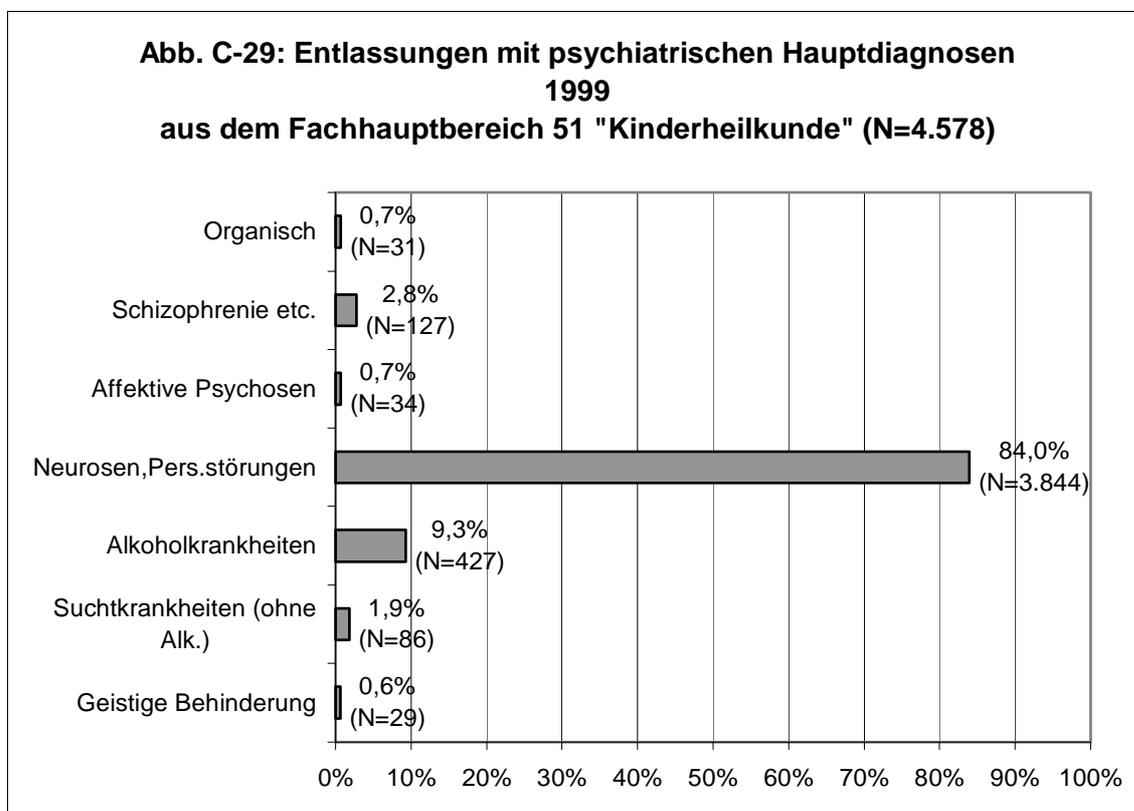
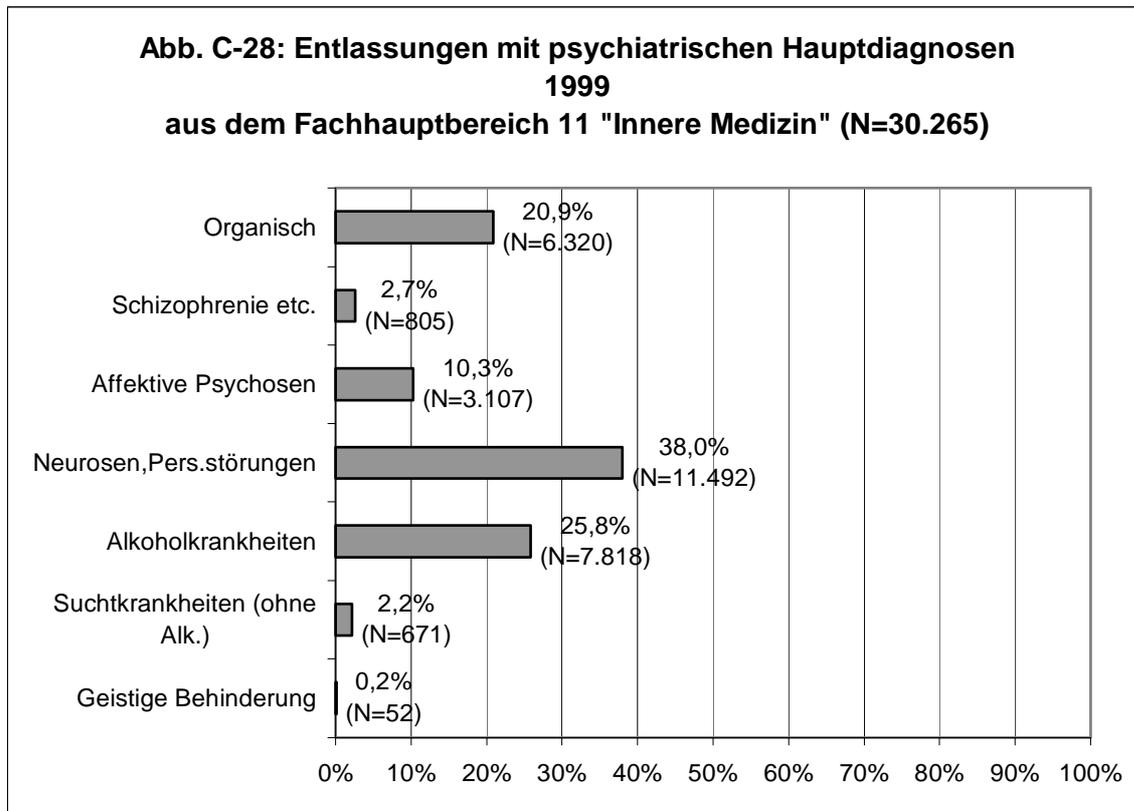
Während also in nicht-psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern absolut betrachtet weniger Patienten mit Alkoholkrankheiten behandelt werden als in psychiatrischen KA/Abteilungen, tragen die nicht-psychiatrischen Abteilungen eine wesentlich größere Last in der Betreuung von Patienten mit psychoorganischen Erkrankungen.

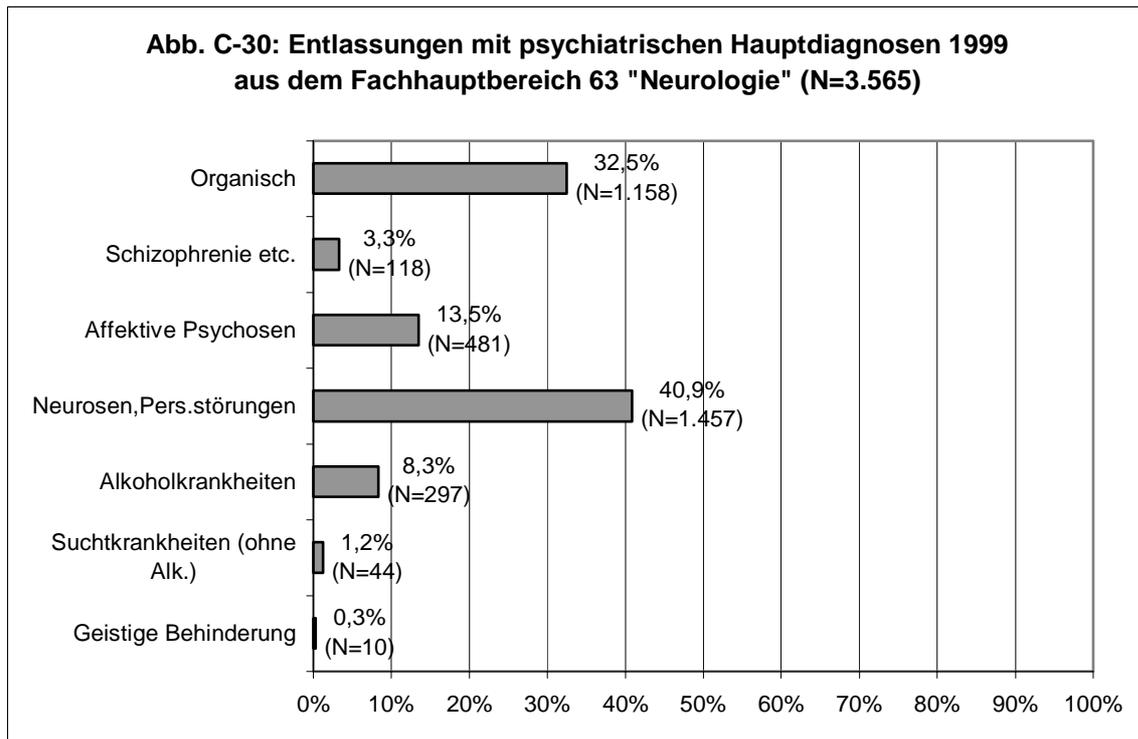
Wie der Abb. C-27 entnommen werden kann, kommt der größte Teil, nämlich zwei Drittel, (N=30.265) aller Entlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen an nicht-psychiatrischen Abteilungen aus der inneren Medizin. Diese 30.265 Entlassungen machten 1999 allerdings nur 4,9% sämtlicher 611.629 Entlassungen aus der inneren Medizin aus. Kinderheilkunde (10%) und Neurologie (8%) tragen am zweit- und dritthäufigsten zur großen Gruppe der aus nicht-psychiatrischen Abteilungen entlassenen Patienten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose bei.



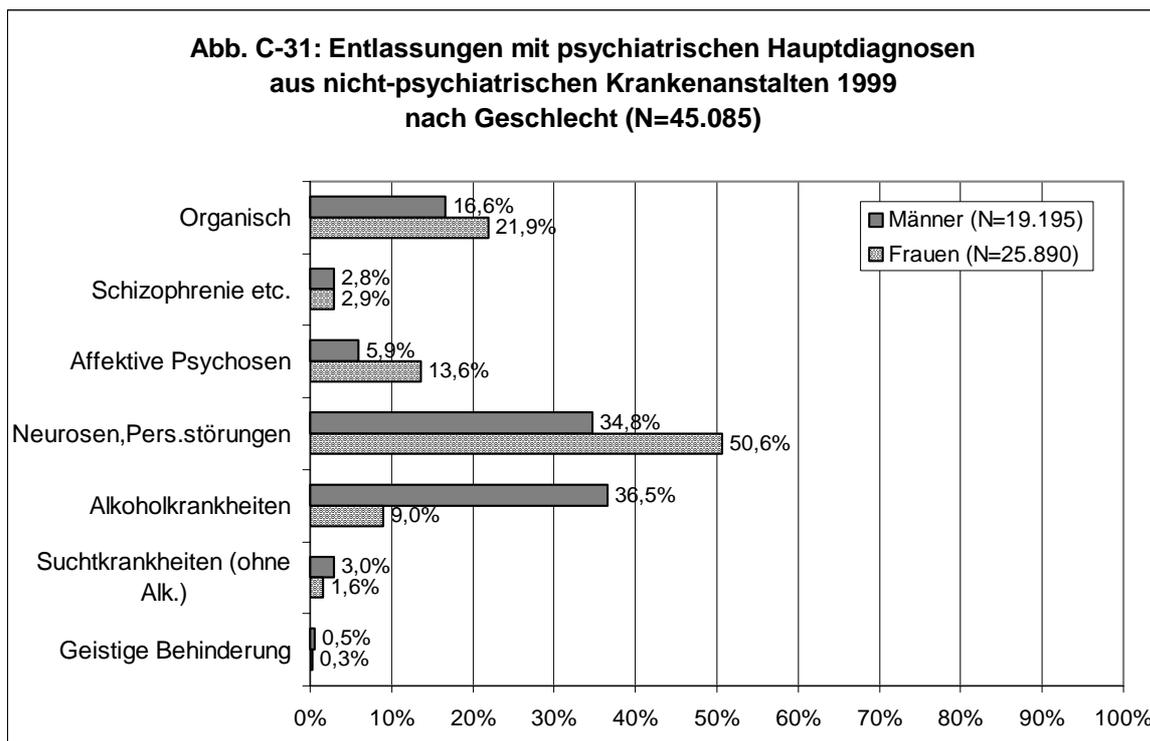
In den folgenden Abbildungen sind die psychiatrischen Diagnosespektren für Abteilungen für innere Medizin, Kinderheilkunde und Neurologie dargestellt. An inneren Abteilungen sind Alkoholkrankheiten, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen und psycho-organische Erkrankungen die häufigsten Diagnosen, an Kinderabteilungen liegen die neurotischen Störungen mit großem Abstand an der Spitze, an neurologischen Abteilungen liegen

Neurosen und Persönlichkeitsstörungen sowie psychoorganische Erkrankungen an der Spitze.





Bei der Aufteilung aller Entlassungen mit psychiatrischer Hauptdiagnose aus nicht-psychiatrischen Abteilungen nach dem Geschlecht zeigt sich auch hier das bekannte Bild: Männer dominieren bei den Alkoholkrankheiten, Frauen bei den neurotischen Störungen (Abb. C-31).



Bei der Darstellung der zeitlichen Entwicklung der Diagnosenaufteilung zeigt sich die schon eingangs in diesem Kapitel erwähnte fragliche Zunahme von Entlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen vom Jahr 1996 auf das Jahr 1997, in welchem die LKF eingeführt wurde. Wie in Abb. C-32 zu sehen ist, geht dieser Anstieg vorwiegend auf das Konto der Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, der affektiven Psychosen und der psychoorganischen Erkrankungen. Über sämtliche vier Jahre gerechnet, hat der Anteil an Alkoholkrankheiten ab- und der an psychoorganischen Krankheiten zugenommen (Abb. C-33).

Abb. C-32: Entlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen aus dem stationären Bereich nicht-psychiatrischer KA und Abteilungen 1996 bis 1999 nach Diagnosegruppen

Absolutzahlen

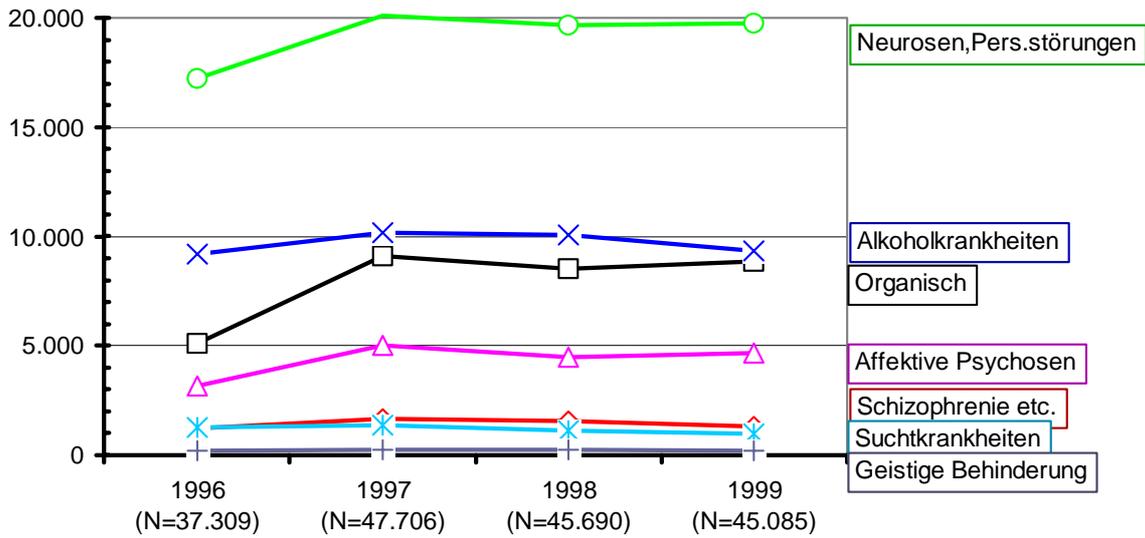
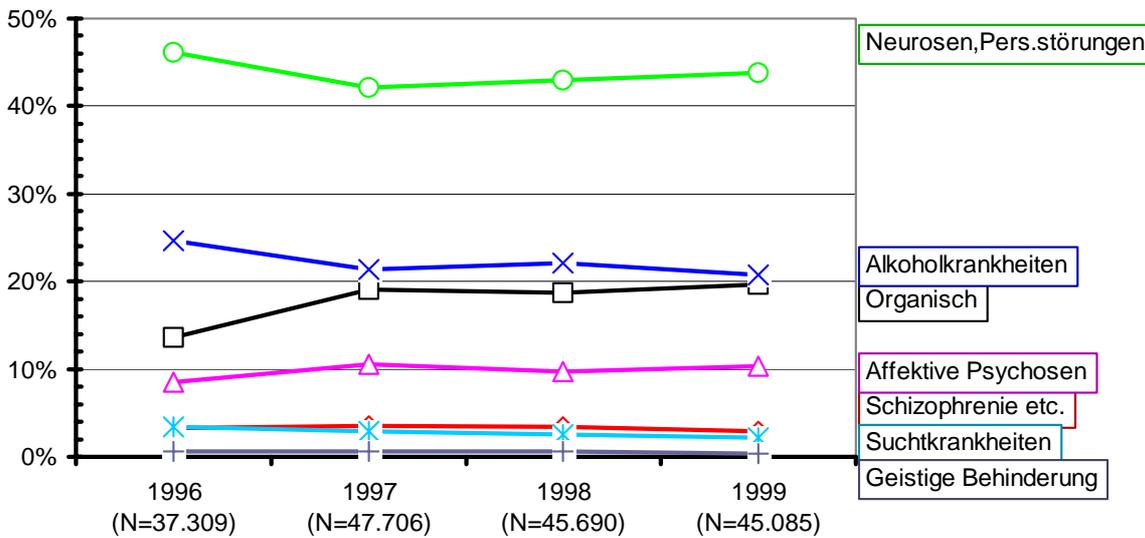


Abb. C-33: Entlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen aus dem stationären Bereich nicht-psychiatrischer KA und Abteilungen 1996 bis 1999 nach Diagnosegruppen

Prozent



Eine Untersuchung von Wancata et al (1996) kann diese Ergebnisse etwas illustrieren und erweitern. Sie wurde an Patienten interner, chirurgischer und gynäkologischer Abteilungen zweier Allgemeinkrankenhäuser, das eine mit einem ländlichen und das andere mit einem städtischen Einzugsgebiet, durchgeführt. Die untersuchte Stichprobe bestand aus 728 unselektierten Patienten, die von Psychiatern auf das Vorhandensein psychischer Krankheiten untersucht wurden.

Das Ergebnis dieser mit strukturierten diagnostischen Erhebungsinstrumenten durchgeführten Untersuchung ist im Lichte der oben dargestellten Ergebnisse der Routinedokumentation von Krankenanstalten überraschend. Die psychiatrische Prävalenz entsprechend ICD-9-Diagnosen war um ein Vielfaches höher, am höchsten an den internen Abteilungen (38,2%), gefolgt von den chirurgischen (32,5%) und den gynäkologischen Abteilungen (20,7%; Tab. C-5).

Tab. C-5: Prävalenz (%) psychiatrischer Diagnosegruppen entsprechend den wissenschaftlichen Fallkriterien (Haupt- und Nebendiagnosen)

ICD-9-Diagnosen	Interne	Chirurgie	Gynäkologie	Gesamt
Alle psychiatrischen Krankheiten	38,2	32,5	20,7	30,5
Demenz (290)	14,1	7,3	3,3	8,2
Andere psychoorganische Krankheiten (293, 294, 310)	1,2	2,8	0,8	1,6
Sucht und Substanzmissbrauch (303 - 305)	12,4	8,9	2,9	8,1
Alkohol- und Drogenpsychosen (291, 292)	4,1	3,7	0,0	2,6
Manisch-depressive und andere Psychosen (295 - 299)	4,5	1,6	3,3	3,1
Neurosen und Belastungsreaktionen (300, 308, 309)	7,9	9,3	12,0	9,8
Persönlichkeitsstörungen (301)	0,4	2,8	3,7	2,3
Psychosomatische Krankheiten (306, 307, 316)	2,1	3,3	1,2	2,2
Andere depressive Bilder (311)	0,8	2,0	0,0	1,0

An den internen Abteilungen fanden sich am häufigsten Demenzerkrankungen (14,1%), Suchterkrankungen (12,4%) und Neurosen bzw. Belastungsreaktionen (7,9%), was ein Vielfaches dessen darstellt, was in der Routinedokumentation der Krankenanstalten erfasst wurde. An den chirurgischen Abteilungen fand sich eine ähnliche diagnostische Verteilung wie an den internen Abteilungen (Tab. C-5). Im Gegensatz dazu waren an den gynäkologischen Abteilungen vorwiegend neurotische Erkrankungen sowie

Belastungsreaktionen (12,0%) zu finden. Diese Verteilungen sind den Ergebnissen ausländischer Prävalenzstudien sehr ähnlich.

In dieser Studie wurde weiters erfasst, welche psychisch Kranken von den nicht-psychiatrischen Ärzten der Stationen (z.B. Interne, Chirurgie) als psychisch krank erkannt wurden. Nur etwa die Hälfte aller psychiatrischen Krankheitsbilder (54,5%) wurde von den Ärzten der jeweiligen Stationen erkannt (Tab. C-6). Das heißt, dass bei nahezu der Hälfte (45,5%) die psychische Krankheit übersehen worden ist. Am häufigsten wurden Suchterkrankungen und Psychosen (z.B. Schizophrenie, Manisch-depressive Krankheit) erkannt. Persönlichkeitsstörungen sowie Neurosen und Belastungsreaktionen wurden von den Ärzten der Stationen am seltensten erkannt.

Tab. C-6: Anteil der psychisch Kranken, die von den Ärzten der Stationen als psychisch krank erkannt wurden, sowie Anteil der psychisch Kranken, die von den Ärzten der Stationen eine psychiatrische Entlassungsdiagnose erhielten

ICD-9 Diagnosen	Psychische Krankheit von Ärzten erkannt (%)	Psychisch Kranke, die eine psychiatrische Entlassungsdiagnose erhielten (%)
Alle psychiatrischen Krankheiten	54.5	34.6
Demenz (290)	61.2	32.0
Andere psychoorganische Krankheiten (293, 294, 310)	78.6	35.7
Sucht und Substanzmissbrauch (303 - 305)	74.3	68.6
Alkohol- und Drogenpsychosen (291, 292)	86.7	73.3
Manisch-depressive und andere Psychosen (295 - 299)	75.0	70.0
Neurosen und Belastungsreaktionen (300, 308, 309)	37.3	19.1
Persönlichkeitsstörungen (301)	33.3	8.3
Psychosomatische Krankheiten (306, 307, 316)	53.3	26.7
Andere depressive Bilder (311)	38.5	23.1

Da Krankheiten, die nicht erkannt werden, klarerweise auch nicht behandelt werden können, weist dieses Ergebnis auf eine Unterversorgung psychisch Kranker an somatischen Krankenhausabteilungen hin. Natürlich benötigt nicht jeder psychisch Kranke an einer internen, chirurgischen oder gynäkologischen Abteilung sofort eine psychiatrische Behandlung. Wenn aber ein so beträchtlicher Prozentsatz von psychischen Krankheiten gar nicht erkannt wird, kann gar nicht entschieden werden, ob sofort eine Behandlung von Nöten ist oder nicht.

Psychische Begleiterkrankungen können die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus verlängern. In der beschriebenen Studie waren Patienten mit psychischen Krankheiten im Mittel 3 Tage länger an somatischen Krankenhausabteilungen aufgenommen als psychisch Gesunde (Wancata et al. 1999). Dadurch entstehen dem Gesundheitssystem enorme zusätzliche Kosten. Auch unter diesem Aspekt ist es von Bedeutung, dass ein möglichst großer Teil psychiatrischer Krankheiten auch von Internisten, Chirurgen und Gynäkologen erkannt wird.

Außerdem wurde erhoben, inwieweit bei der Entlassung aus dem Krankenhaus psychiatrische Diagnosen vergeben werden. Nur etwa jeder dritte (34,6%) psychisch Kranke erhielt eine psychiatrische Entlassungsdiagnose (Tab. C-6). Dieses Ergebnis limitiert die Brauchbarkeit von Routine-Entlassungsdiagnosen, wie sie auch für die LKF-Finanzierung verwendet werden, als Grundlage für eine valide Versorgungsplanung.

C 2. Tageskliniken

Die psychiatrische Tagesklinik hat sich international zu einem weit verbreiteten Einrichtungstyp in der Palette der psychiatrischen Versorgungsinstitutionen entwickelt. In der BRD hatte Mitte der 90er Jahre fast jedes psychiatrische Krankenhaus und jede psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus eine Tagesklinik. Im Unterschied zu den Tagesklinikkonzepten der meisten anderen medizinischen Disziplinen, bei denen die tagesklinische Behandlung vor allem für Kurzzeitbehandlungen (d.h. weniger als 24 Stunden im Krankenhaus) als Alternative zur stationären Aufnahme verwendet wird, handelt es sich bei psychiatrischen Tageskliniken um Einrichtungen, in denen die Patienten üblicherweise mehrere Wochen in regelmäßiger Tages-Behandlung stehen. Bei tagesklinischer Behandlung verbringen die Patienten die Abende und Wochenenden in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung. Durch diesen Umstand gelingt es, den bei langen stationären Aufenthalten häufigen Abbruch sozialer Kontakte zu vermeiden. Andererseits können in Tageskliniken intensive soziotherapeutische Interventionen gesetzt werden, die ambulant nicht oder nur kaum möglich sind. (Von psychiatrischen Tageskliniken abzugrenzen sind Tagesstätten, die längerfristige Begleitung und Unterstützung bieten, während in Tageskliniken die Behandlung von Krankheitsepisoden durchgeführt wird und der Aufenthalt daher zeitlich begrenzt ist.)

Auch in Österreich ist besonders im letzten Jahrzehnt die Zahl psychiatrischer Tageskliniken deutlich angestiegen. Die Tatsache, dass Tageskliniken in Österreich relativ neuartige Modelle der psychiatrischen Versorgung sind, führt zu Unklarheiten und Missverständnissen. Daher wurde im Frühjahr 1999 eine eigene Fragebogenerhebung durchgeführt.

In Österreich bestanden im Frühjahr 1999 insgesamt 16 tagesklinische Einrichtungen. Mittlerweile sind aber bereits weitere Tageskliniken entstanden. Nahezu alle (88,9%) ärztlichen Leiter (Primärärzte und Direktoren von Krankenanstalten), die über keine eigene Tagesklinik verfügten, meinten, dass längerfristig die Einrichtung einer Tagesklinik im eigenen Verantwortungsbereich wünschenswert sei.

Unter den fünf häufigsten Diagnosen in psychiatrischen Tageskliniken sind Erkrankungen aus dem schizophrenen und affektiven Formenkreis, sowie Neurosen und Persönlichkeitsstörungen zu finden. Suchterkrankungen und Demenzen bzw. psychoorganische Krankheiten sind recht selten an Tageskliniken aufgenommen. Im Ausland haben sich gerade in den letzten Jahren zusätzlich zu den früher typischen Tagesklinik-Modellen für Schizophrenie-Kranke auch Modelle für Suchtkrankheiten, für Angststörungen, geronto-psychiatrische Krankheiten und zur Behandlung akuter Krankheitsbilder entwickelt. Auch in Österreich zeichnet sich diese Entwicklung bereits ab.

In Österreichs psychiatrischen Tageskliniken ist - dem heutigen Stand der Behandlung entsprechend - ein breites Spektrum von psychosozialen Interventionen verfügbar (Tab. C-7).

Tab. C-7: Verfügbare Interventionen in psychiatrischen Tageskliniken

Interventionen	%
psychiatrisch-therapeutische Gespräche	100,0
psychologische Interventionen	100,0
medikamentöse Behandlung	100,0
Aktivierung	100,0
direkte Tagesstrukturierung	91,7
Kontaktförderung	91,7
Training sozialer Fertigkeiten	91,7
biologisch-psychiatrische Interventionen	91,7
Abklärung sozialer Probleme	91,7
Beratung in sozialen Belangen	91,7
Krisenintervention	91,7
Erlernen des Einhaltens einer Tagesstruktur	91,7
Ergotherapie	83,3
psychiatrische Pflegemaßnahmen	83,3
Psychoedukation: Medikation	83,3
Erlernen des Umgangs mit Symptomen	83,3
Training von Alltagsfertigkeiten	75,0
Einzel-Psychotherapie im engeren Sinn	75,0
Physiotherapie	75,0

83,3% der Tageskliniken bieten ein zeitlich strukturiertes Therapieprogramm für ihre Patienten an, wobei Ergotherapie, therapeutische Gruppen und das Erlernen des Umgangs mit Medikamenten in den meisten Tageskliniken angeboten wird. Im Mittel bieten die Tageskliniken pro Woche für 32,2 Stunden ein zeitlich strukturiertes Programm an. Ergotherapie ist dabei mit 11,2 Stunden (Mittelwert) das umfangreichste Therapieangebot.

In 91,7% aller Tageskliniken werden therapeutische Gruppen angeboten, die sich vor allem mit Krankheitsbewältigung (81,8 %), Psychoedukation über Krankheit (72,7 %), Psychoedukation über Psychopharmaka (72,7 %) und dem Training von Alltagsfertigkeiten (72,7 %) beschäftigen. Etwa die Hälfte bietet regelmäßige Gruppen für die Angehörigen der Patienten an. Die in diesen Gruppen behandelten Themen umfassen vor allem Informationen über die Krankheit, über die Behandlung inklusive der Medikation und über rehabilitative Maßnahmen. In allen Tageskliniken werden von Ärzten, Psychologen oder Psychotherapeuten mit den Patienten therapeutische Einzelgespräche geführt, wobei diese üblicherweise mehrmals wöchentlich stattfinden. In etwa monatlichen Abständen werden therapeutische

Einzelgespräche mit den Angehörigen und therapeutische Familiengespräche (das heißt, für Patienten und Familienangehörige gemeinsam) durchgeführt.

In den meisten Tageskliniken stehen auch zahlreiche diagnostische Möglichkeiten zur Verfügung. Nahezu alle Tageskliniken verfügten über Möglichkeiten der psychologischen Diagnostik, für Untersuchungen von Blutchemie und Blutbild bzw. des Harns sowie EEG, CT und Röntgen.

Die Größe psychiatrischer Tageskliniken schwankt zwischen 5 und 35 Plätzen (Mittelwert 15,9). Allen Tageskliniken stehen Ärzte als Mitarbeiter zur Verfügung und fast allen Ergotherapeuten. Die zeitlich größte Berufsgruppe stellt das Pflegepersonal dar. Auf einen Mitarbeiter kommen durchschnittlich 2,5 Patienten.

Dies zeigt, dass nicht nur ein zeitlich, sondern auch inhaltlich äußerst umfangreiches und komplexes Therapie-Programm angeboten wird. Die Interventionen umfassen biologische, psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen. Das Spektrum der diagnostischen Möglichkeiten ist im Wesentlichen mit dem psychiatrischer Stationen identisch. Der Umfang der therapeutischen Leistungen an Tageskliniken ist mit dem einer psychiatrischen Station vergleichbar ist.

C 3. Gemeindepsychiatrische und komplementäre Dienste und Einrichtungen

Neben der bisher dargestellten Versorgung im Krankenhaus existieren noch verschiedene andere Dienste und Einrichtungen, die häufig als „komplementär“ bezeichnet werden. Diese versorgen vorwiegend schwer und chronisch Kranke, die oft eine äußerst aufwendige Betreuung benötigen. Diese Einrichtungen sind heute das Kernstück der Versorgung jener schwer und chronisch Kranken, die früher häufig über viele Jahre in psychiatrischen Großkrankenhäusern gelebt hatten und dort betreut wurden. Gemeindepsychiatrische und komplementäre Dienste stellen die Voraussetzung dar, dass diese Menschen heute weitgehend selbständig außerhalb des Krankenhauses leben können. Im folgenden werden nur jene Dienste und Einrichtungen dargestellt, für die gesamtösterreichische Daten vorliegen (für Wien lagen keine bzw. nur unvollständige Daten vor). Eine genauere Beschreibung und Analyse des komplementären Bereiches wird im zweiten Teil dieses Berichts erfolgen.

Zu diesen Diensten und Einrichtungen gehören die Psychosozialen Dienste, die zumeist für die medizinische und soziale Gesamtbetreuung und deren Koordinierung die Verantwortung tragen. In 118 Psychosozialen Diensten Österreichs (ohne Wien) waren im Jahr 1998 Mitarbeiter im Ausmaß von 364,4 Vollzeitarbeitskräften tätig (Tab. C-8).

Tab. C-8: Anzahl der Psychosozialen Dienste und deren Arbeitskräfte *

	Psychosoziale Dienste	Vollzeit-Fachkräfte	Fachkräfte je 100.000 EW
Burgenland	7	10,5	3,8
Kärnten	17	37,2	6,6
Niederösterreich	24	29,4	1,9
Oberösterreich	27	94,1	6,9
Salzburg	2	14,5	2,8
Steiermark	18	71,9	6,0
Tirol	12	52,8	8,0
Vorarlberg	9	42,4	12,3
Gesamt	118	364,4	4,5

* Die Angaben entstammen einer Erhebung des ÖBIG 1998 bei 60 Trägern psychosozialer Einrichtungen. Für Wien lagen keine bzw. nur unvollständige Daten vor.

Quelle ÖBIG 6/1998 Struktureller Bedarf in der psychiatrischen Versorgung

In Tagesstätten wird die für viele chronisch Kranke so wichtige Tagesstruktur geboten, die oft helfen kann, akute Krankheitsrückfälle zu vermeiden. Weiters gibt es dadurch Möglichkeiten für soziale Kontakte und zur Gestaltung der Freizeit. In Österreich (ohne Wien) gab es im Jahr 1998 44 Einrichtungen zur Tagesstruktur für psychisch Kranke mit 904 Plätzen. Bezogen auf die Einwohnerzahl der einzelnen Bundesländer zeigen sich aber deutliche regionale Unterschiede (Tab. C-9).

Tab. C-9: Anzahl der Einrichtungen zur Tagesstruktur für psychisch Erkrankte und der vorhandenen Plätze *

	Tagesstruktur	Plätze	Plätze je 100.000 EW
Burgenland	0	0	0,0
Kärnten	4	108	19,1
Niederösterreich	6	124	8,1
Oberösterreich	17	269	19,6
Salzburg	1	25	4,9
Steiermark	2	30	2,5
Tirol	13	324	48,9
Vorarlberg	0	0	0,0
Gesamt	44	904	11,2

Quelle ÖBIG 6/1998 Struktureller Bedarf in der psychiatrischen Versorgung

*Für Wien lagen keine bzw. nur unvollständige Daten vor.

Obwohl mit modernen Rehabilitationsverfahren zunehmend Personen mit chronischen psychischen Krankheiten in der Lage sind, mit relativ wenig fremder Hilfe in Privatwohnungen zu leben, sind trotzdem für manche Kranke noch immer Wohneinrichtungen erforderlich. In diesen Institutionen leben chronisch psychisch Kranke, die in mehreren Bereichen des Alltagslebens auf professionelle Hilfe angewiesen sind.

In Österreich (ohne Wien) stehen 1.232 Wohnplätze, aufgeteilt auf 108 Einrichtungen zur Verfügung (Tab. C-10). Im Mittel beherbergt somit eine Wohneinrichtung etwa 11 Kranke.

Tab. C-10: Anzahl der Wohneinrichtungen für psychisch Erkrankte und der vorhandenen Plätze *

	Wohneinrichtungen	Plätze	Plätze je 100.000 EW
Burgenland	0	0	0,0
Kärnten	5	46	8,1
Niederösterreich	14	175	11,4
Oberösterreich	38	624	45,4
Salzburg	4	44	8,6
Steiermark	8	40	3,3
Tirol	23	117	17,7
Vorarlberg	13	139	40,3
Gesamt	108	1232	15,2

Quelle ÖBIG 6/1998 Struktureller Bedarf in der psychiatrischen Versorgung

*Für Wien lagen keine bzw. nur unvollständige Daten vor.

Arbeitseinrichtungen für psychisch Kranke haben einerseits die Aufgabe, auf eine Beschäftigung am freien Arbeitsmarkt vorzubereiten, andererseits jenen eine längerfristige geschützte Arbeit zu ermöglichen, für die der freie Arbeitsmarkt eine Überforderung darstellen würde. Diese längerfristige geschützte Beschäftigung hat auch den Vorteil, dass sie die für viele chronisch Kranke so wichtige Tagesstruktur bietet. 54 Arbeitseinrichtungen für psychisch Kranke bieten in Österreich (ohne Wien) für 1.262 Personen eine derartige geschützte Tätigkeit an (Tab. C-11).

Tab. C-11: Anzahl der Arbeitseinrichtungen für psychisch Erkrankte und der vorhandenen Plätze *

	Arbeit	Plätze	Plätze je 100.000 EW
Burgenland	0	0	0,0
Kärnten	5	204	36,1
Niederösterreich	4	105	6,8
Oberösterreich	22	330	24,0
Salzburg	2	32	6,2
Steiermark	11	234	19,4
Tirol	1	36	5,4
Vorarlberg	4	76	22,0
Gesamt	54	1262	15,6

Quelle ÖBIG 6/1998 Struktureller Bedarf in der psychiatrischen Versorgung

*Für Wien lagen keine bzw. nur unvollständige Daten vor.

Neben den bereits angeführten gibt es noch andere wichtige Dienste und Einrichtungen, wie Krisendienste oder die häusliche psychiatrische Krankenpflege, für die aber keine österreichweiten Zahlen vorliegen.

D Psychopharmakotherapie und Psychotherapie

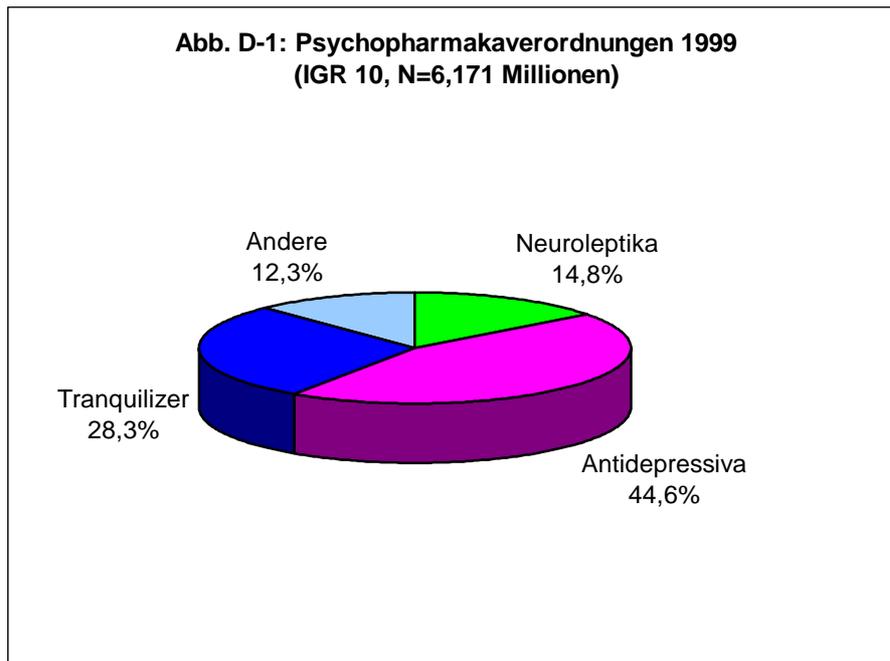
In diesem Abschnitt werden zwei Therapieformen beschrieben, die im psychiatrischen und psychosozialen Bereich verbreitet eingesetzt werden und für die dokumentierte Angaben vorliegen. Es handelt sich weder um eine vollständige Analyse dieser Bereiche, noch um die Analyse ihres Stellenwertes innerhalb der gesamten psychiatrischen Behandlung. Es können diese Bereiche auch keinesfalls gegeneinander aufgerechnet werden, da einerseits die Indikationen ihres Einsatzes zum Teil sehr unterschiedlich sind, andererseits oft auch ihr kombinierter Einsatz sinnvoll ist. Die hier präsentierten Daten dienen lediglich den Informationszwecken, die mit diesem ersten Teil des Psychiatrieberichtes beabsichtigt sind.

D 1. Psychopharmakaverbrauch

Als Indikator für den Psychopharmakaverbrauch standen zwei Datenquellen zur Verfügung: Auskünfte des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger (1995 bis 1999 aus der maschinellen Heilmittelabrechnung¹⁰) und Angaben der IMS Health Marktforschung GmbH (teilweise weiter zurückreichend, die auf speziellen Erhebungen beruhen). Die Daten dieser beiden Quellen sind nicht direkt miteinander vergleichbar, da sie mit unterschiedlichen Absichten und unterschiedlichen Methoden erhoben werden. Die Trends sind aber, wie zu sehen sein wird, ähnlich. In beiden Fällen wurden uns die Daten freundlicherweise in ausgewerteter Form zur Verfügung gestellt. Nicht näher analysiert sind hier Psychopharmakadaten aus dem Krankenanstaltenbereich, der sowohl volums- als auch kostenmäßig weit unter dem ambulanten Bereich lag.

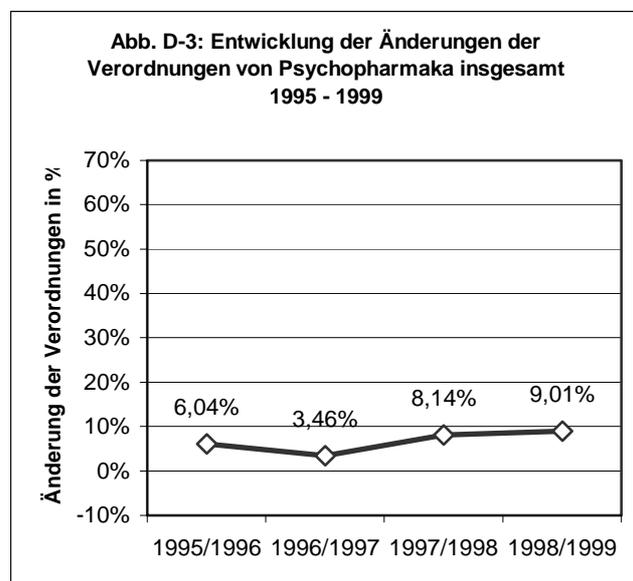
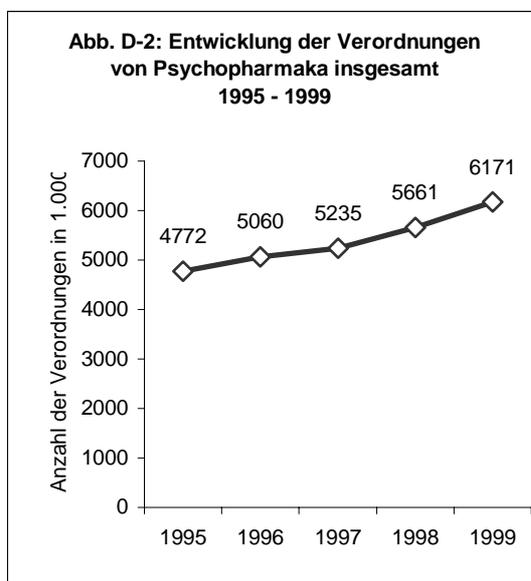
Im Jahre 1999 wurden im Bereich der niedergelassenen Ärzte vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger insgesamt rund 6,171.000 Psychopharmakaverschreibungen registriert. Die größte Gruppe davon waren die Antidepressiva mit rund 45%, gefolgt von den Tranquilizern mit etwas unter 30% und den Neuroleptika mit rund 15% (Abb. D-1).

¹⁰ In der Heilmittelabrechnung des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger sind nur jene Verordnungen erfasst, deren Packungspreis über der Rezeptgebühr liegt.



Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

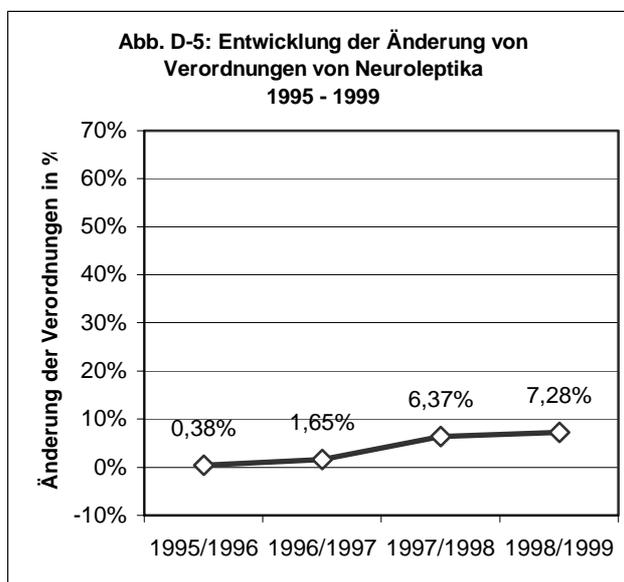
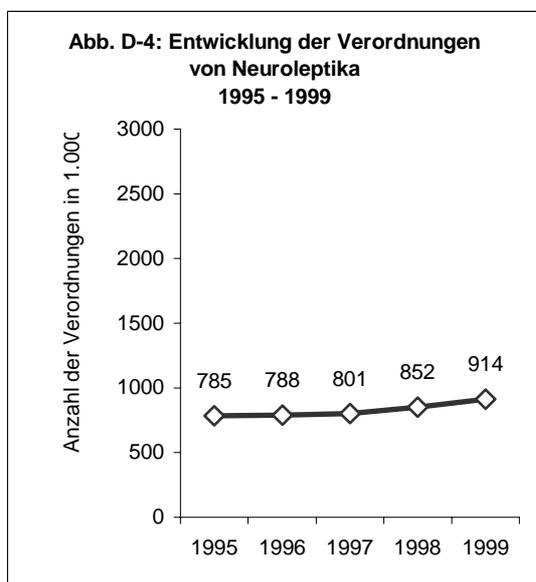
Im Hinblick auf den zeitlichen Verlauf zeigt sich ein klarer Trend der Zunahme, wobei die jährlichen Zuwachsraten selbst steigen, und zwar von rund 6% (1996/1997) auf rund 9% (1998/1999), mit einer geringeren Zunahme (3,5%) von 1997 auf 1998 (Abb. D-2 und D-3).



Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

Bei der Analyse des zeitlichen Trends der Verschreibungen der einzelnen Substanzgruppen finden sich hinter dem generellen Trend der zunehmenden Steigerungsraten von Psychopharmakaverordnungen deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Psychopharmakagruppen.

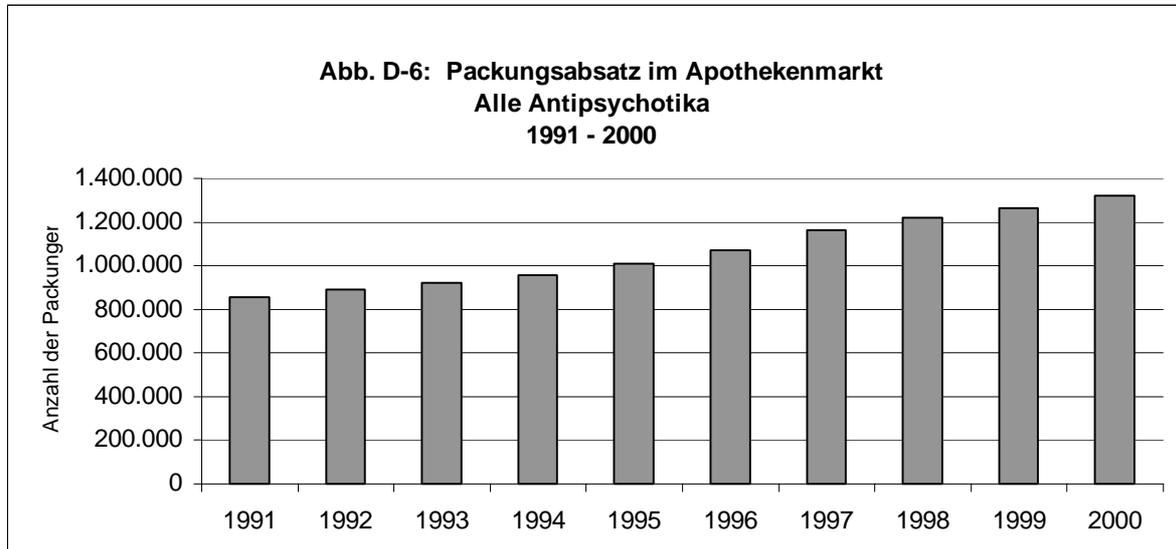
So steigt bei den Neuroleptika, die vorwiegend bei psychotischen Erkrankungen verwendet werden (sie werden deshalb heute auch „Antipsychotika“ genannt), die Anzahl der Verordnungen zwischen 1995 und 1997 nur in einem unbedeutendem Ausmaß (+0,38% und 1,65%), während die Zuwachsraten von 1997 auf 1998 und von 1998 auf 1999 auf 6,37% und dann auf 7,28% ansteigen und damit etwa dem Gesamttrend entsprechen (Abb. D-4 und D-5).



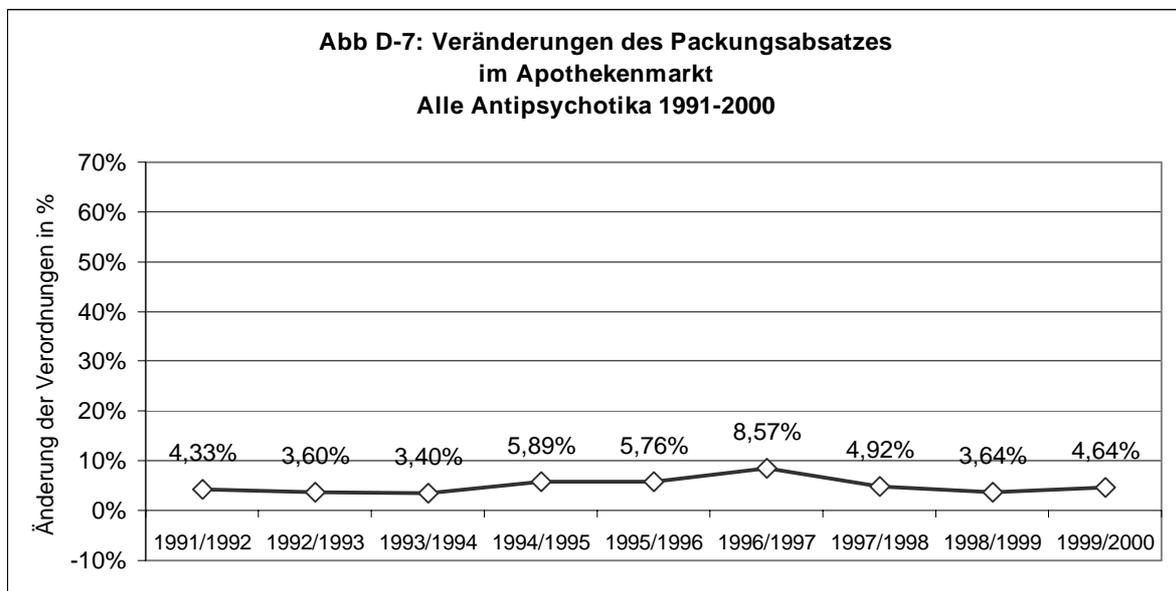
Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

Für den „Sprung“ von 1997 auf 1998 bietet sich zunächst als Erklärung an, dass ab 1998 die neuen „atypischen“ Antipsychotika vermehrt verordnet wurden. Zur näheren Analyse dieser Frage konnten Daten über den Packungsabsatz im Apothekenmarkt, wie er von der Firma IMS Health Forschung regelmäßig erfasst wird, verwendet werden, da in ihnen seit 1996 eine Aufteilung der Neuroleptika/Antipsychotika in die „konventionellen“ und die neuen, nebenwirkungsärmeren „atypischen“ Antipsychotika erfolgt. Diese Daten sind natürlich nicht direkt mit den von den Krankenkassen registrierten Verordnungen der Ärzte vergleichbar, könnten aber zumindest für den zeitlichen Verlauf zusätzliche Erkenntnisse bringen

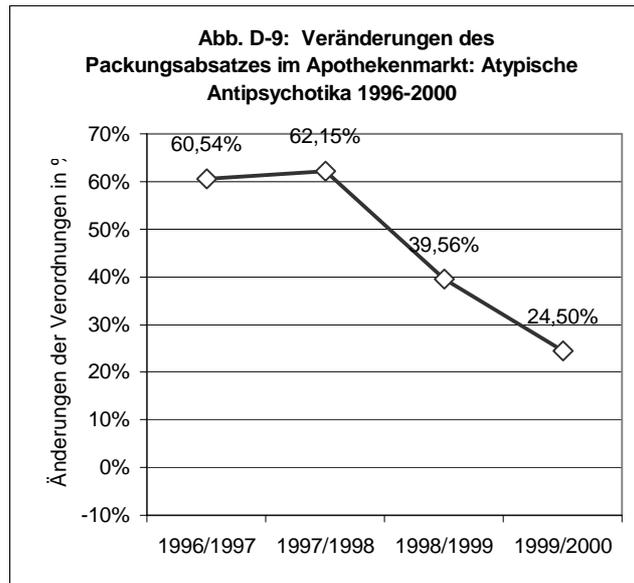
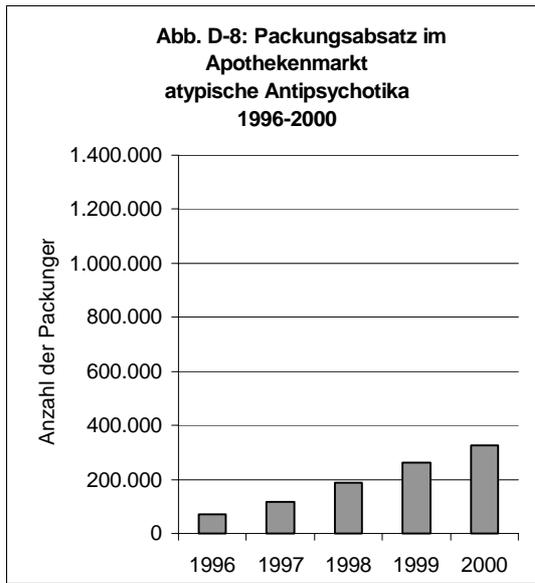
(Abbildungen D-6 bis D-11). Zunächst ist ersichtlich, dass, soweit die Zeitreihe zurückreicht (bis 1991) der Packungsabsatz der Neuroleptika ständig um rund 4% pro Jahr gestiegen ist (Abb. D-6 und D-7).



Quelle: IMS Health Marktforschung GmbH

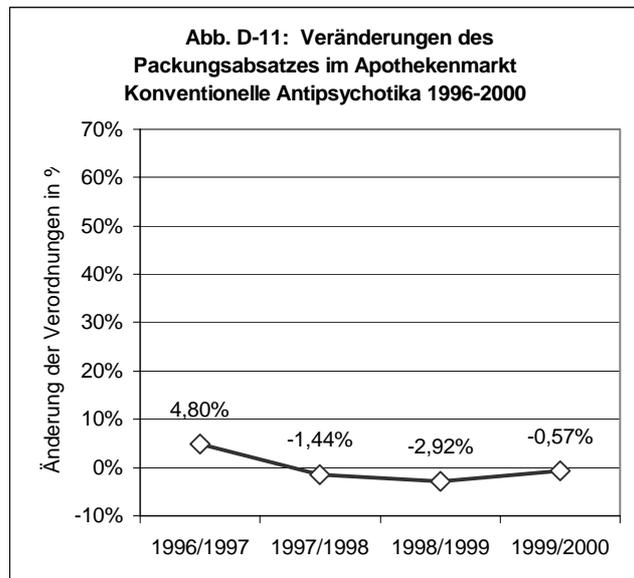
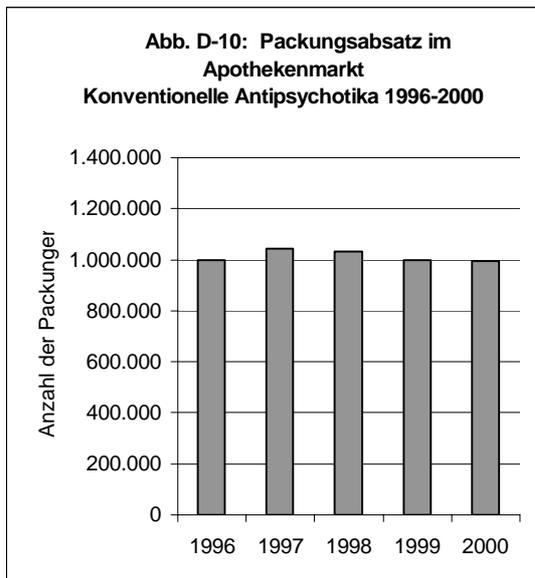


Quelle: IMS Health Marktforschung GmbH



Quelle: IMS Health Marktforschung GmbH

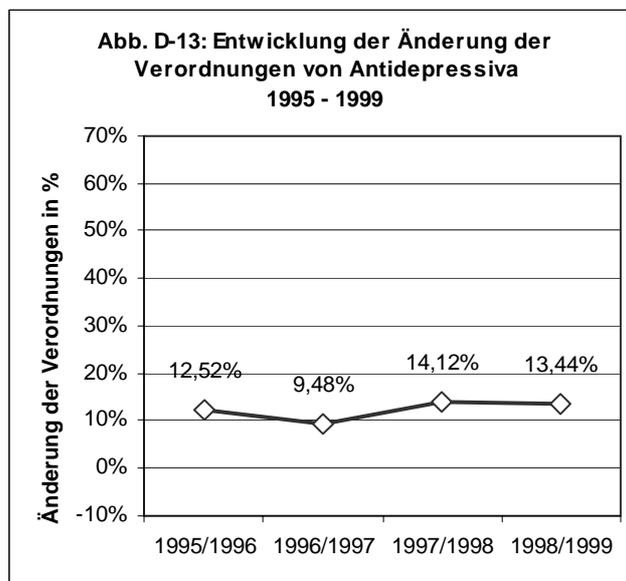
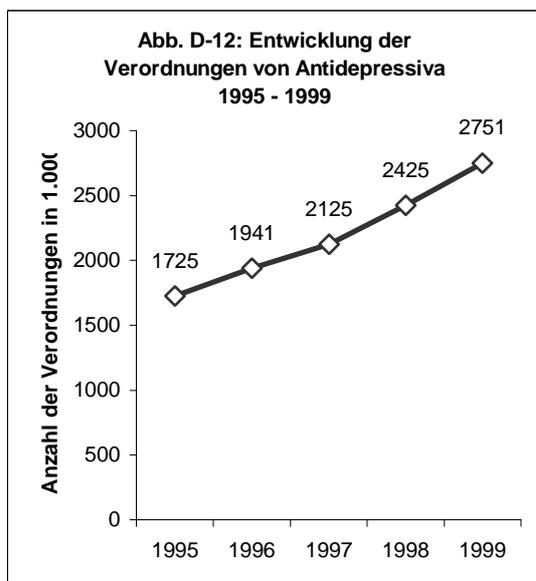
Bei näherer Analyse des Packungsabsatzes seit 1996 sieht man, dass die konventionellen Neuroleptika zunächst noch um 4,8% steigen, dann geringfügig abnehmen und sich bei rund 1 Million verkaufter Packungen pro Jahr einzupendeln scheinen (Abb. D-10 und D-11).



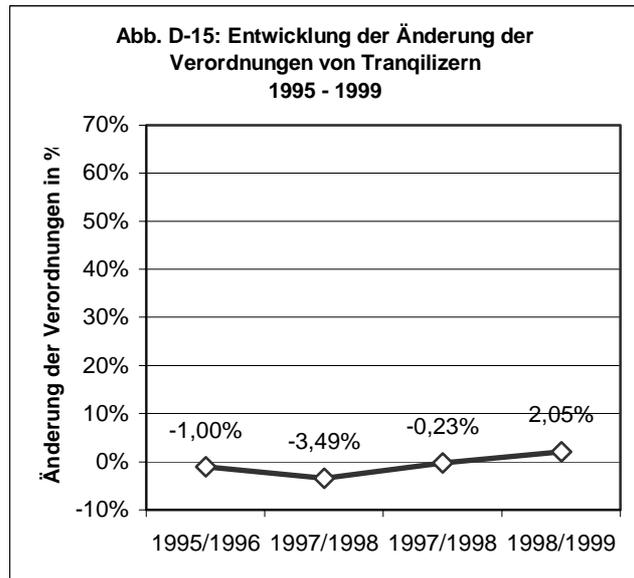
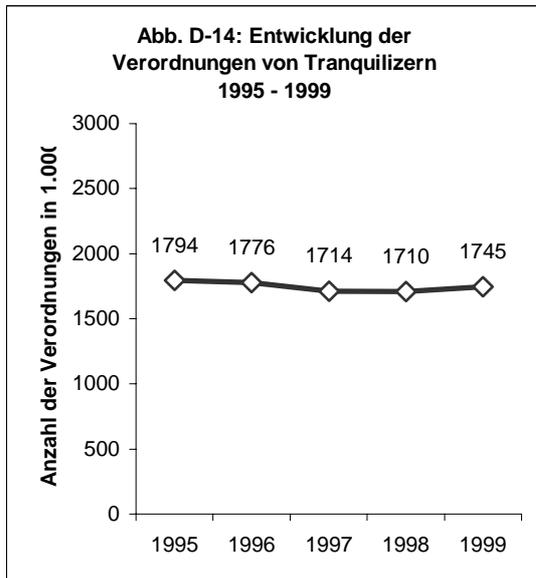
Quelle: IMS Health Marktforschung GmbH

Bei den atypischen Antipsychotika, die erst seit 1996 in nennenswertem Umfang zum Einsatz gekommen sind, kam es von einem relativ geringen Anfangswert von 72.281 Packungen im Jahr 1996 zu einem deutlichen Anstieg auf 326.936 Packungen im Jahre 2000. Dies sind Zuwächse von zunächst über 60% pro Jahr, die für 1999/2000 aber wieder auf rund 25% gefallen sind (Abb. D-8 und Abb. D-9). Zusammen mit der Stagnation bzw. leichten Abnahme der auch im Jahr 2000 noch wesentlich häufiger verschriebenen konventionellen Antipsychotika ist es insgesamt zu keiner Veränderung des langjährigen Trends der Zunahme der Neuroleptikaverordnungen um rund 4% pro Jahr gekommen. Wegen des wesentlich höheren Preises sind die Kosten allerdings deutlich gestiegen, wie weiter unten gezeigt werden wird.

Bei der nächsten Gruppe, den Antidepressiva, der von der Verordnungszahl her größten Psychopharmakagruppe (1999: 45%), zeigt sich ein weit über dem Durchschnitt liegendes jährliches Wachstum (Abb. D-12 und D-13). Außer 1996/1997 (9,5%) lagen die jährlichen Zuwachsraten um die 13 bis 14%. 1995 waren die Antidepressiva-Verordnungen mit 1,72 Millionen noch unter den Tranquilizer-Verordnungen (1,79 Millionen), 1999 lagen sie mit 2,75 Millionen weit über den stagnierenden und sogar leicht fallenden Tranquilizer-Verordnungen (Abb. D-14 und D-15).

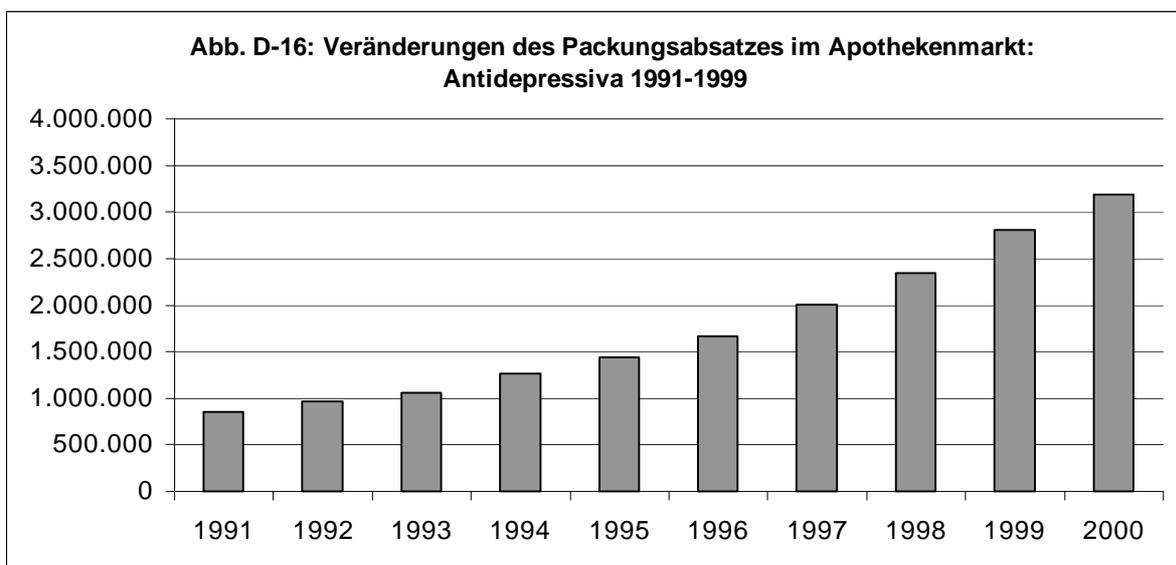


Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger



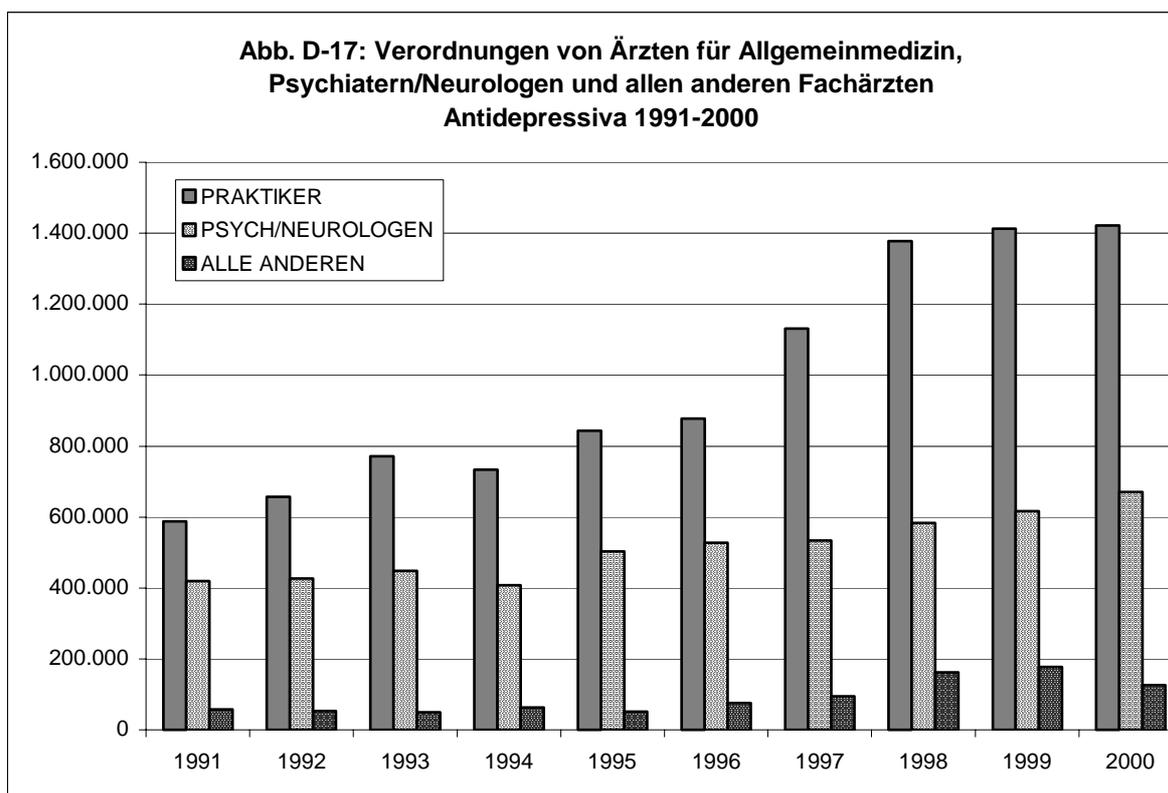
Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

Beim Vergleich mit dem Packungsabsatz im Apothekenmarkt, für den Daten bis zum Jahr 1991 zur Verfügung standen, zeigt sich, dass Antidepressiva schon seit damals im Steigen sind und in der Dekade von 1991 bis 2000 einen Anstieg auf das Vierfache des Ausgangswertes von 1991 zu beobachten ist. Tranquilizer bleiben seit Anfang der 90er Jahre in etwa gleich (nicht dargestellt).



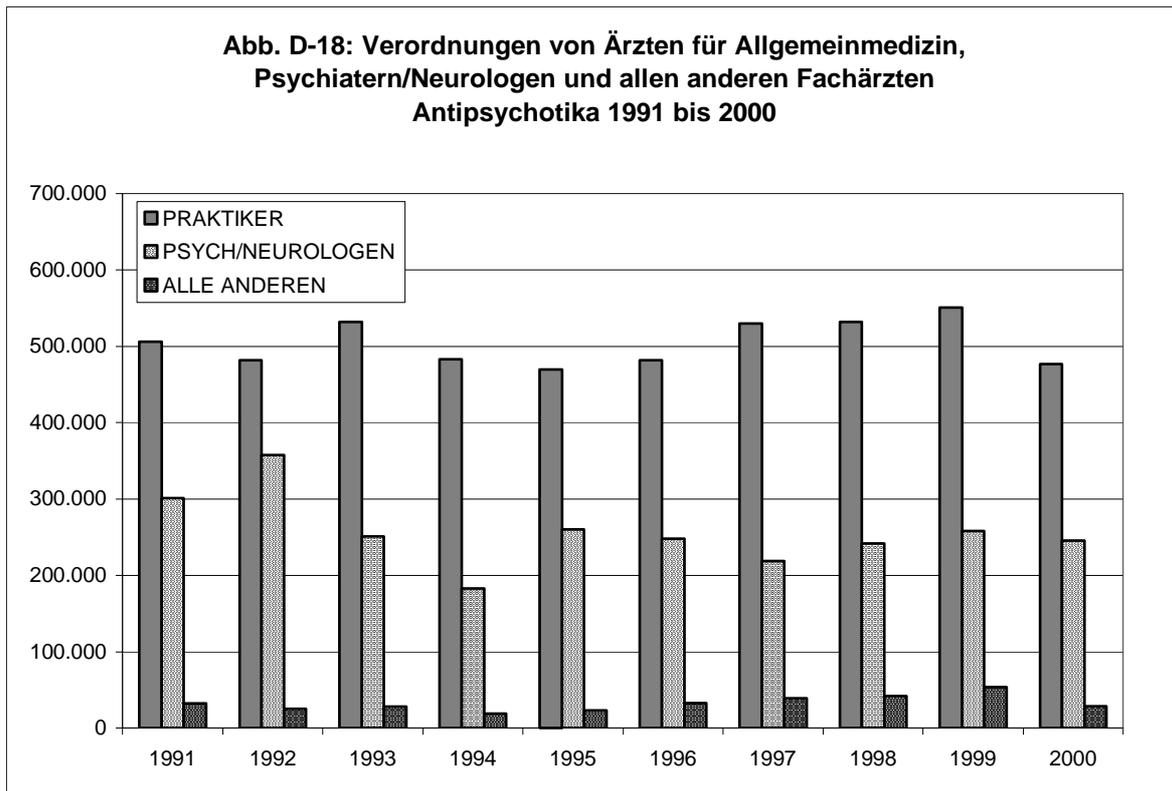
Quelle: IMS Health Marktforschung GmbH

Eine Aufteilung der Antidepressiva-Verordnungen auf Ärzte für Allgemeinmedizin („Praktiker“), Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie und alle anderen Fachärzte zeigt, dass die Zunahme der Antidepressiva-Verordnungen seit Beginn der 90er Jahre, und besonders dann in der zweiten Hälfte der Dekade, zum überwiegenden Teil auf eine Zunahme der Verschreibungen bei den Ärzten für Allgemeinmedizin zurückzuführen ist (Abb. D-17).

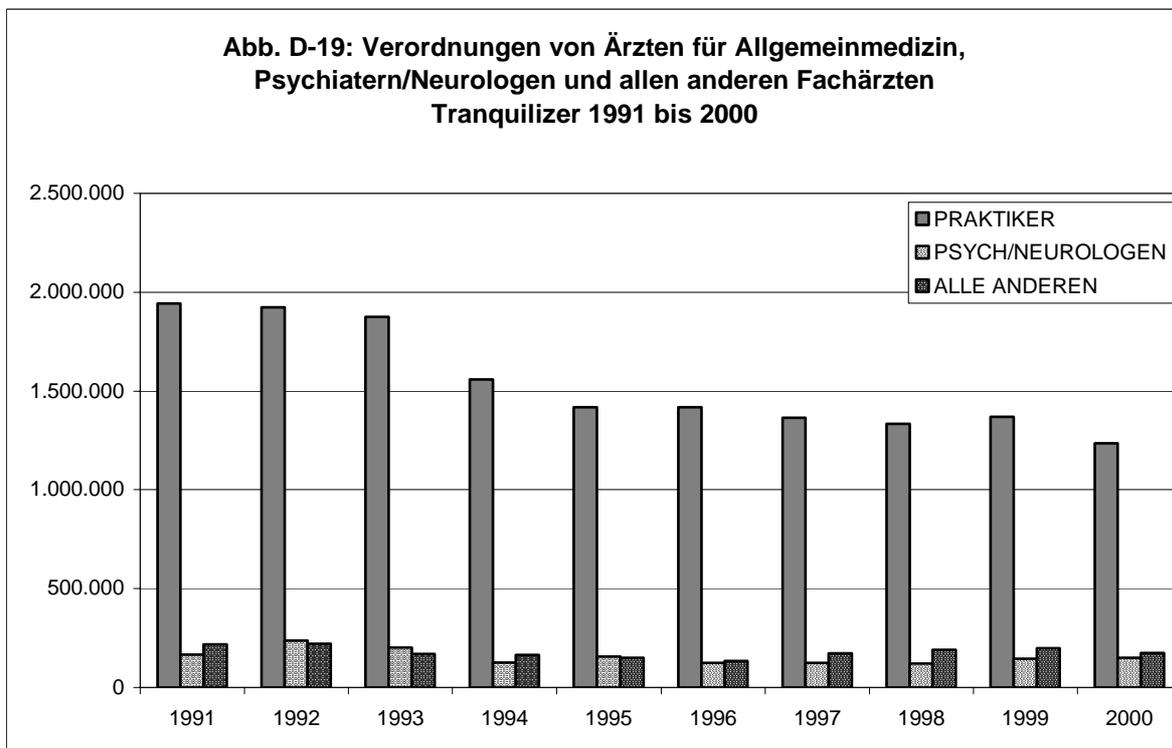


Quelle: IMS Health Marktforschung GmbH

Interessant ist, dass auch Antipsychotika-Verordnungen zu etwa zwei Drittel auf Verordnungen von Ärzten für Allgemeinmedizin zurückgehen und nur zu einem Drittel auf Verordnungen von Psychiatern/Neurologen (Abb. D-18) . Darin bildet sich auch der Sachverhalt ab, dass es viel mehr Ärzte für Allgemeinmedizin als Psychiater und Neurologen gibt. Bei den Hypnotika und Tranquilizern zeigt sich, dass Ärzte für Allgemeinmedizin diese Medikamentengruppe um ein Vielfaches häufiger verschreiben als Psychiater und Neurologen (Abb. D-19). In den vergangenen zehn Jahren ist es aber zu einer Abnahme der Tranquilizer-Verordnungen bei Ärzten für Allgemeinmedizin gekommen.

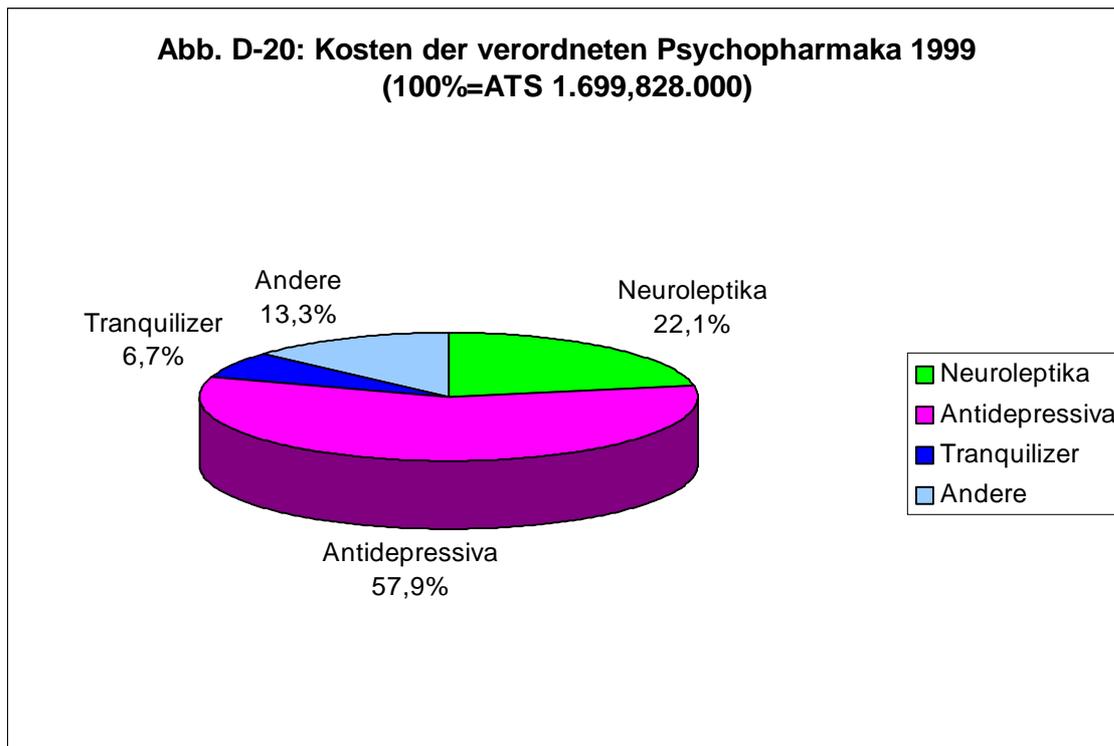


Quelle: IMS Health Marktforschung GmbH



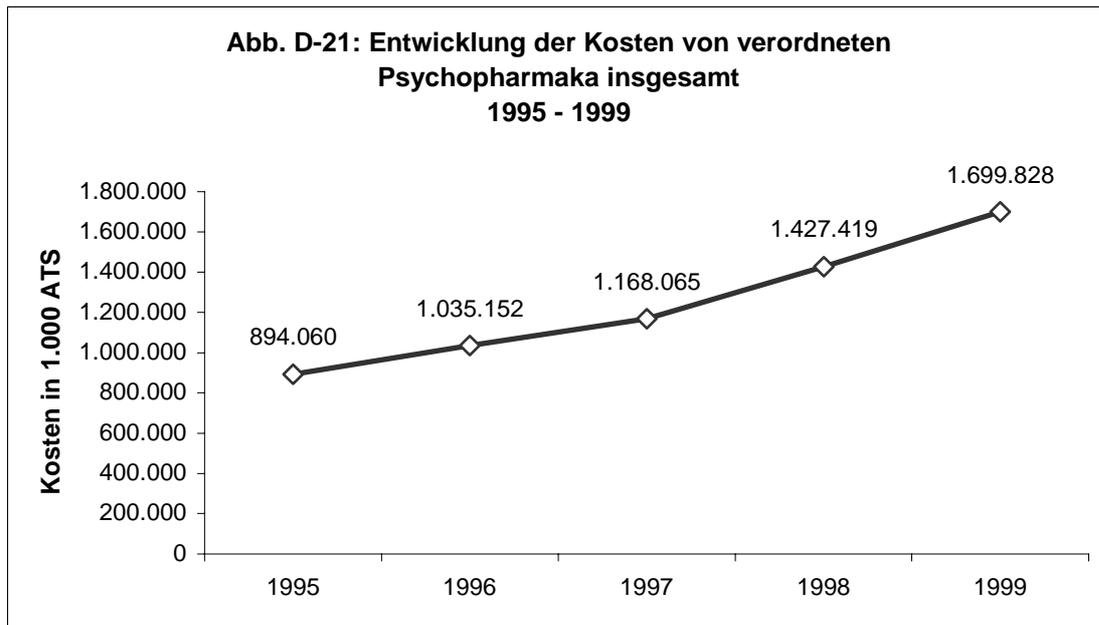
Quelle: IMS Health Marktforschung GmbH

Abschließend soll noch die Kostensituation bei den Psychopharmaka-Verordnungen dargestellt werden. Wie in Abb. D-20 ersichtlich, verursachten im Jahre 1999 die Antidepressiva allein 58% der Psychopharmakakosten, die in diesem Jahr insgesamt bei rund 1,7 Milliarden ATS lagen. Seit 1995 haben sich diese Kosten für sämtliche Psychopharmaka annähernd verdoppelt (Abb. D-21).

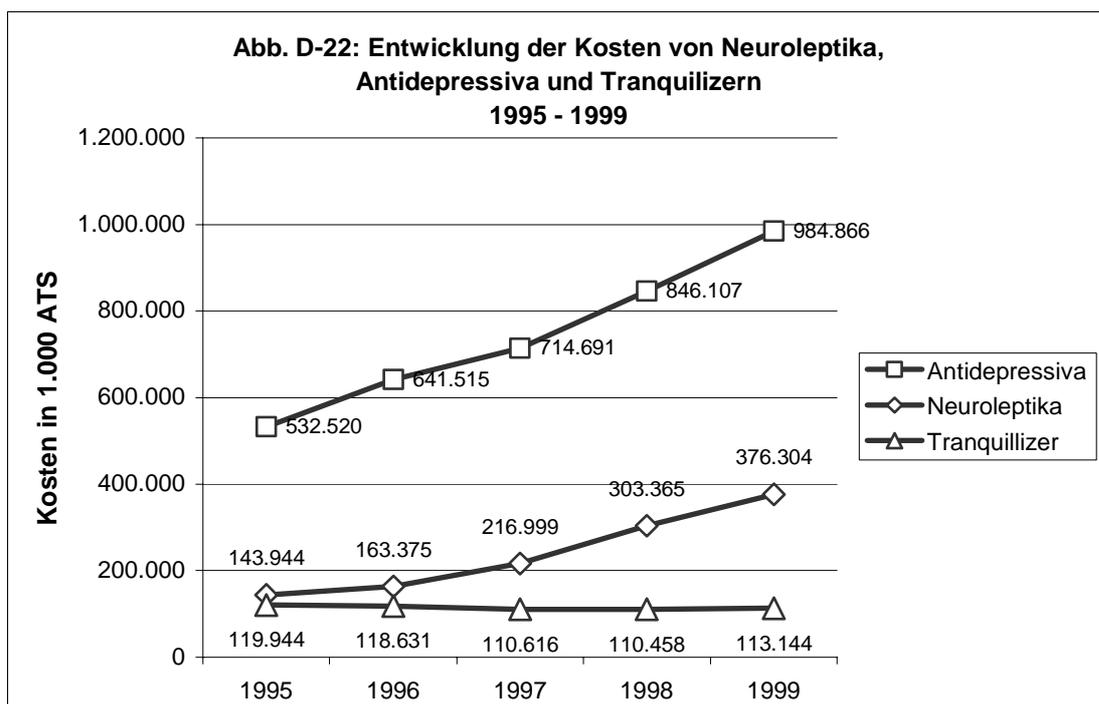


Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

Ein Vergleich der Kostenentwicklung der drei Hauptgruppen von Psychopharmaka zeigt unterschiedliche Trends. Die Tranquilizer sind kostenmäßig auf einem niedrigen Niveau stabil, die Antipsychotika liegen in einem mittleren Niveau und sind steigend, die Antidepressiva steigen auf einem hohen Kostenniveau.



Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger



Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

D 2. Ausgaben der Krankenkassen für psychotherapeutische Behandlung

Für psychotherapeutische Behandlungen gaben die Krankenkassen in Österreich im Jahr 1999 insgesamt 375 Millionen Schilling aus. Rund zwei Drittel davon (239 Millionen Schilling) wurden für Zuschüsse zu ambulanter Psychotherapie bei niedergelassenen ärztlichen (79 Millionen) und nicht-ärztlichen (160 Millionen) Psychotherapeuten ausgegeben. Etwa ein Drittel wurde für Psychotherapie „auf Krankenschein“ ausgegeben, d.h. für Behandlungen bei Vertragsärzten (59 Millionen Schilling), bei Vereinen, die einen Vertrag mit den regionalen Krankenkassen haben (63 Millionen Schilling) und in Ambulatorien der Krankenkassen (14 Millionen Schilling).

Zu bemerken ist, dass selbst von den von den Krankenkassen bewilligten und damit potentiell bezuschussten Behandlungen nur rund 62% (WGKK) in Anspruch genommen werden. Mögliche Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme oder vorzeitige Beendigung können einerseits die zu hohe finanzielle Belastung, andererseits Probleme in der Psychotherapie sein (falsche Therapierichtung, falscher Therapeut, mangelnde Bereitschaft mitzuarbeiten, u.s.w.).

Anhang A

Beschreibung psychiatrischer Krankheitsbilder

Die Psychiatrie kennt heute zahlreiche Krankheitsbilder, die sich klar voneinander abgrenzen lassen, wenngleich sie gemeinsam vorkommen können. Die Zuordnung psychiatrischer Krankheiten zu einzelnen diagnostischen Kategorien stellt die Voraussetzung für jegliche Behandlung, Rehabilitation und Prävention dar.

Die Weltgesundheitsorganisation hat 1992 die zehnte Revision des psychiatrischen Kapitels der internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD) veröffentlicht (Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel F, Klinisch diagnostische Leitlinien. Deutsche Fassung herausgegeben von H. Dilling, W. Mombour, M.H. Schmidt, Verlag Hans Huber Bern-Göttingen-Toronto 1991). Dieses Diagnosesystem wird seit Anfang der 90-er Jahre weltweit für zahlreiche wissenschaftliche Studien verwendet, aber auch in der Patientenversorgung ist es seit etwa Mitte der 90-er Jahre in zahlreichen Ländern im Einsatz. In Österreich wurde die Dokumentation aller Krankenhausdiagnosen erst mit dem Jahr 2001 von der Vorgängerversion ICD-9 auf die aktuelle Version ICD-10 umgestellt. Im vorliegenden Bericht beziehen sich daher zahlreiche Angaben noch auf die neunte Revision der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, die seit 1980 in deutscher Sprache zur Verfügung steht. Die folgende kurze Zusammenfassung psychiatrischer Krankheitsbilder orientiert sich an der aktuellen zehnten Version der ICD. Die ICD-10 fasst die psychischen Krankheiten in zehn Kapitel zusammen, die im folgenden kurz beschrieben werden (ICD-Code-Nummern in Klammer).

Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)

Dieses Kapitel umfasst psychiatrische Krankheitsbilder, die durch eine nachweisbare, direkte oder indirekte Hirnerkrankung oder Hirnschädigung verursacht werden. Bei diesen Krankheitsbildern kommt es zu Störungen der kognitiven Funktionen (Gedächtnis, Intelligenz, Aufmerksamkeit) oder zu Störungen des Bewusstseins. Es kann aber auch zu Störungen im Bereich der Wahrnehmung (Halluzinationen), der Denkinhalte, der Stimmung oder der Gefühle kommen. In diese Krankheitsgruppe fallen Demenzerkrankungen, delirante Bilder und andere organische Krankheiten, sofern sie nicht durch Alkohol oder Drogen bedingt sind. Während sich manche dieser Krankheitsbilder nach einiger Zeit wieder rückbilden können, gibt es andere Krankheitsbilder, die andauernd bestehen und einen chronischen Verlauf zeigen.

Demenzerkrankungen stellen die häufigsten organischen psychischen Störungen dar. Sie sind vor allem durch ein langsames Nachlassen der Gedächtnisfunktionen und der kognitiven Leistungen charakterisiert. In fortgeschrittenen Stadien entwickelt sich aufgrund von Orientierungsstörungen und dem Verlust kommunikativer Fähigkeiten ein Zustand der Hilflosigkeit, sodass die Betroffenen ständige Beaufsichtigung und pflegerische Versorgung benötigen.

Psychische Störungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)

Diese Krankheitsgruppe umfasst vor allem Abhängigkeitserkrankungen (früher als "Sucht" bezeichnet) und schädlichen Gebrauch von psychotropen Substanzen. Man kann eine psychische Abhängigkeit (übermächtiges Verlangen, eine bestimmte Substanz oder Droge einzunehmen) von einer körperlichen Abhängigkeit (gezeichnet durch eine Steigerung der täglichen Dosis aufgrund einer körperlichen Gewöhnung an die Substanz und durch Auftreten von Entzugserscheinungen bei Absetzen der Substanz) unterscheiden. "Schädlicher Gebrauch" (früher Verwendung des Begriffes "Missbrauch" oder "Abusus") meint den unangemessenen Gebrauch einer Substanz oder Droge, das heißt eine überhöhte Dosierung und/oder Einnahme ohne medizinische Indikation. Daraus können körperliche und psychische Probleme (z.B. Leberschäden oder Depression) entstehen.

Unter psychotropen Substanzen werden in diesem Kapitel unter anderem verstanden: Alkohol, Opiate, Cannabis, Tranquilizer beziehungsweise Hypnotika (angstlösende oder schlafanstoßende Medikamente), Kokain, Stimulanzien (anregende und aktivierende Substanzen einschließlich Koffein), Halluzinogene (Substanzen, die Wahrnehmungsstörungen bis hin zu Halluzinationen auslösen können). Da in unserem Kulturkreis Alkohol häufig konsumiert wird, stellt der Missbrauch und die Abhängigkeit von Alkohol das größte gesundheitspolitische Problem dar. Internationale Studien berichten, dass Abhängigkeit bei etwa 5-7% der Bevölkerung vorkommt, verteilt auf etwa 3-5% Alkoholabhängigkeit, 1,5% Medikamentenabhängigkeit und 0,25% Drogenabhängigkeit. Alkohol kann nicht nur zahlreiche negative psychische Schäden haben, sondern auch körperliche Erkrankungen, wie z.B. der Leber, der Bauchspeicheldrüse oder des Magen-Darm-Traktes hervorrufen.

Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)

Das generelle Bild psychisch Kranker in der Öffentlichkeit ist sehr stark vom Begriff Schizophrenie geprägt, wobei Schizophrenie fälschlicherweise als unheilbare und gefährliche Erkrankung angesehen wird. Der Begriff "schizophren" ist Teil der Alltagssprache geworden und wird nicht nur im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen verwendet. Im Alltag wird mit "schizophren" oft "gespalten" gemeint und ein Verhalten beschrieben, das widersprüchlich ist oder bei dem sich eine Person zwischen Alternativen nicht entscheiden kann und beides möchte. Aus heutiger Sicht hat Schizophrenie nichts mit "Gespaltenheit" zu tun, sondern ist eine Krankheit, die durch Störungen des Denkens (z.B. Abreißen der Gedanken), Wahrnehmungsstörungen (Halluzinationen), Wahn (das heißt völlig unkorrigierbare, teilweise auch unrealistische Überzeugungen), aber auch durch Symptome wie Apathie und Antriebsverminderung gekennzeichnet ist.

Etwa 1% der Bevölkerung erkrankt im Laufe des Lebens an einer schizophrenen Psychose, wobei die Stichtagsprävalenz etwa 0,5-0,6% beträgt. Schizophrenie heilt bei etwa einem Drittel der Kranken nach einer oder mehreren kurzen akuten Krankheitsepisoden völlig aus, bei einem anderen Teil verläuft sie in mehreren Episoden oder auch chronisch. Falls die Krankheit über längere Zeit besteht, kann es aufgrund der Krankheitssymptomatik zu teilweise sehr schweren Beeinträchtigungen der kognitiven und sozialen Fertigkeiten kommen. Diese können dazu führen, dass Kranke ohne fremde Hilfe nicht in der Lage sind allein zu wohnen, einer normalen Arbeit nachzugehen oder anderen Alltagsanforderungen nachzukommen.

Da Schizophrenie im späten Jugendalter bzw. frühen Erwachsenenalter beginnt, sind jene Personen, deren Erkrankung chronisch verläuft, teilweise viele Jahrzehnte hindurch krank.

Dadurch entstehen der Gesellschaft umfangreiche Kosten, die nicht nur auf die medizinische und soziale Versorgung, sondern auch auf andere Aspekte wie die eingeschränkte Fähigkeit zu arbeiten oder allein zu wohnen zurückzuführen sind.

Affektive Störungen (F00-F39)

In dieser Gruppe werden depressive und manische Zustandsbilder zusammengefasst. Sowohl manische als auch depressive Zustände können als einzelne Krankheitsepisode oder immer wiederkehrend vorkommen, wobei es auch Formen gibt, bei denen beim gleichen Patienten abwechselnd depressive und manische Zustände (= bipolare Störungen) zu beobachten sind. (Früher wurden viele dieser Krankheitsbilder in der Gruppe der manisch-depressiven Erkrankung zusammengefasst.)

Das hervorstechendste Merkmal der Manie ist eine gehobene Stimmung mit einem erhöhten Antrieb. Die Betroffenen fühlen sich häufig besonders wohl und leistungsfähig. Sehr häufig kommt es auch zu einer Selbstüberschätzung mit ausgeprägter Kritiklosigkeit. Dies kann dazu führen, dass manche Patienten große Summen für Einkäufe ausgeben oder sich auch auf riskante Aktivitäten einlassen. Weiters ist ein vermindertes Schlafbedürfnis typisch, was zu einem verkürzten Nachtschlaf führt, bei dem sich Patienten häufig schon nach sehr wenigen Stunden wieder völlig frisch und leistungsfähig fühlen.

Der Begriff Depression wird häufig umgangssprachlich auch für Trauer nach einem belastenden Lebensereignis (z.B. Verlust eines nahestehenden Menschen) oder für Enttäuschungen im Alltag verwendet. Als Krankheitsbild meint Depression aber eine ausgeprägte und über mehrere Wochen *konstant anhaltende* Veränderung der Stimmungslage mit starker Freud- und Interesselosigkeit. Kennzeichnend dabei ist, dass Umweltbedingungen, die üblicherweise als sehr angenehm und positiv erlebt werden, bei einem Depressionskranken *nicht* zu einer Aufhellung der Stimmungslage führen. Weiters kommt es zu einer pessimistischen Grundhaltung und einem verminderten Selbstwertgefühl. Charakteristisch ist auch eine Verminderung des Antriebs, die als Energielosigkeit, rasche Ermüdbarkeit und Verlust der Initiative erlebt wird. Typisch sind auch Symptome wie Schlafstörungen, Appetitverlust, Gewichtsverlust, Nachlassen der Libido, Biorhythmusstörungen und Verdauungsstörungen. Die depressive Stimmungslage kann sich bis zum Lebensüberdruß mit Suizidgedanken verstärken.

Depressive Erkrankungen sind häufiger als manische Krankheitsbilder oder „bipolare“ Verläufe. Depressionen gehören zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen überhaupt (Lebenszeitprävalenz über 10 %).

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F49)

Die größte Gruppe in diesem Bereich stellen die Angststörungen dar, die vor allem durch eine ausgeprägte Angstsymptomatik gekennzeichnet sind. Die Angst wird regelhaft begleitet von körperlichen Symptomen wie vermehrtem Schwitzen, trockenem Mund, Zittern, Erhöhung der Pulsfrequenz, Verstärkung der Atmung. Oft kommt es zu einem Vermeidungs- und Fluchtverhalten. Die Angststörungen werden unterteilt in jene Ängste, bei denen sich der Kranke vor ganz bestimmten Dingen fürchtet (= Phobien) und jene Ängste, bei denen der Patient nicht angeben kann, wovor er sich fürchtet (= ungerichtete Angst). Diese „ungerichteten“ Angststörungen werden unterteilt in Panikstörungen (Angst tritt anfallsartig auf) und generalisierte Angststörung (Angst besteht über längere Zeit durchgehend). Da

Angststörungen häufig mit körperlichen Symptomen einhergehen, befürchten viele Patienten das Vorhandensein von körperlichen Erkrankungen.

Zwangsstörungen äußern sich entweder in Form von Zwangsgedanken (störende, ungewollt und sinnlos erlebte Gedanken, die wiederholt und länger andauernd in den Sinn kommen) und/oder Zwangshandlungen (meist exzessive Wiederholungen alltäglicher Verhaltensweisen, die nach bestimmten Regeln ausgeführt werden). Die Betroffenen leiden unter ihren Zwangsgedanken und Zwangshandlungen und werden häufig durch ihre Erkrankung in ihrer Leistungsfähigkeit behindert.

Die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen umfassen verschiedenste Störungen, die kurz nach einem belastenden Lebensereignis auftreten. Dazu gehören die posttraumatische Belastungsstörung (Reaktion auf ein Katastrophen-Ereignis) und Störungen der Anpassung an andere belastende Lebensereignisse (Ereignisse ohne katastrophales Ausmaß).

Auch dissoziative Störungen (früher "Hysterie" oder "Konversionsneurose") stehen oft in zeitlichem Zusammenhang mit einem belastenden Lebensereignis, wobei es zu Störungen beispielsweise im Bereich der Motorik, der Sensibilität oder der Empfindungen kommen kann.

Die somatoformen Störungen sind Erkrankungen mit anhaltenden körperlichen Symptomen, für die sich keine ausreichende organische Ursache findet. Diese Symptome betreffen vor allem den Magen-Darm-Trakt, das Herz, die Harn- und Geschlechtsorgane sowie die Haut. Auch Schmerzen werden häufig berichtet.

Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)

Bei den Essstörungen stehen vor allem zwei Krankheitsbilder im Vordergrund: Die Anorexie kommt vor allem bei jüngeren Frauen vor und geht mit Angst vor Gewichtszunahme einher. Diese Patienten halten strengste Diät bis hin zur Nahrungsverweigerung, verbunden mit einer massiven Gewichtsabnahme (fallweise bis zu einem lebensbedrohlichen Zustand). Bei der Bulimie stehen Essattacken mit Heißhungeranfällen und nachfolgendem Erbrechen im Vordergrund.

Bei den Schlafstörungen kommt es vor allem zu verkürztem Schlaf (Insomnien und Hyposomnien), zu einer übermäßigen Schlafneigung (Hypersomnien) oder zu Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus.

Zu dieser Gruppe von Krankheiten gehören auch sexuelle Funktionsstörungen, die nicht durch eine organische Störung oder Erkrankung verursacht sind, sowie psychische Störungen im Wochenbett.

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)

Diese Störungen sind durch tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster gekennzeichnet, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebensumstände manifestieren. Sie werden als Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zur eigenen Person und zu anderen Menschen interpretiert. Persönlichkeitsstörungen beginnen spätestens in der Adoleszenz und dauern im Erwachsenenalter an. Sie beruhen nicht auf einer anderen psychischen Störung oder Erkrankung. Beispiele für derartige

Persönlichkeitsstörungen sind die paranoide Persönlichkeitsstörung (gekennzeichnet durch übertriebenes Misstrauen, ungerechtfertigte Eifersucht, Vermutung Opfer einer Verschwörung zu sein, etc.), die dissoziale Persönlichkeitsstörung (gekennzeichnet durch Verantwortungslosigkeit, Unvermögen längere Beziehungen aufrecht zu erhalten, geringe Frustrationstoleranz mit Neigung zu gewalttätigem Verhalten) oder die histrionische Persönlichkeitsstörung (gekennzeichnet durch theatralisches Verhalten, oberflächliche und labile Affektivität, ständiges Verlangen, im Mittelpunkt zu stehen, übermäßiges Interesse an körperlicher Attraktivität).

Neben den Persönlichkeitsstörungen gehören zu dieser Gruppe auch die "abnormen Gewohnheiten" (z.B. pathologisches Spielen und pathologische Brandstiftung) und die Störungen der Geschlechtsidentität.

Intelligenzminderung (F70-F79)

Unter Intelligenzminderung versteht man eine unterdurchschnittliche Entwicklung der geistigen Fähigkeiten mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z.B. motorische, soziale und sprachliche Fertigkeiten. Intelligenzminderung kann allein oder zusammen mit anderen psychischen oder körperlichen Störungen auftreten. Intelligenzminderungen manifestieren sich im Kleinkindalter.

Intelligenzminderungen können auf Basis von erblichen Stoffwechselstörungen, von Entwicklungsstörungen des Gehirns, von genetischen Störungen oder aufgrund von Hirnschäden durch Geburtstraumen, frühkindlichen Infektionen oder Störungen während der Schwangerschaft entstehen.

Entwicklungsstörungen (F80-F89)

Diese Störungen beginnen ausnahmslos im Kleinkindalter oder in der Kindheit, wobei es zu einer Einschränkung oder Verzögerung in der Entwicklung von Funktionen kommt, die eng mit der Reifung des Gehirns verknüpft sind. Sie nehmen zumeist einen konstanten Verlauf, der üblicherweise nicht zu Rückbildungen führen kann. Derartige Entwicklungsstörungen können beispielsweise im Bereich des Sprechens, des Lesens, des Schreibens oder des Rechnens auftreten. Zu den Entwicklungsstörungen gehört auch der frühkindliche Autismus, der durch eine Störung der Kommunikation und Interaktion mit der Umwelt gekennzeichnet ist.

Verhaltens- und emotionale Störungen in der Kindheit und Jugend (F90-F98)

Zu dieser Gruppe gehören hyperkinetische Störungen (gekennzeichnet durch gesteigerte Aktivität mit deutlicher Unaufmerksamkeit und verminderter Ausdauer), Störungen des Sozialverhaltens (beispielsweise einhergehend mit andauernden aggressiven Verhaltensweisen, die nicht dem Alter entsprechend sind), emotionale Störungen (beispielsweise Störungen, die depressiven Krankheitsbildern sehr ähnlich sind). Darüber hinaus kann es zu Verhaltensstörungen kommen, die typischerweise im Kindesalter beginnen (wie zum Beispiel gestörte Kontrolle von Harn- bzw. Stuhlaussonderungen oder Sprachstörungen, wie Stottern).

Anhang B

Die für die Zwecke dieses Berichtes zusammengefassten Diagnosegruppen nach ICD-9 (in Klammern 4. Stelle)

Organisch

- 290 Senile und präsenile organische Psychosen
- 293 Vorübergehende organische Psychosen
- 294 Andere (chronische) organische Psychosen
- 310 Spezifische nichtpsychotische Störungen nach Hirnschädigungen
- 291 Alkoholpsychosen (1,2,5,8,9)

Schizophrenie etc.

- 295 Schizophrene Psychosen
- 297 Paranoide Syndrome
- 299 Typische Psychosen des Kindesalters
- 298 Andere nichtorganische Psychosen (3,4)

Affektive Psychosen

- 296 Affektive Psychosen

Neurosen, Persönlichkeitsstörungen

- 300 Neurosen
- 301 Persönlichkeitsstörungen
- 302 Sexuelle Verhaltensabweichungen und Störungen
- 306 Körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs
- 307 Spezielle, nicht anderweitig klassifizierbare Symptome und Syndrome
- 308 Psychogene Reaktion (akute Belastungsreaktion)
- 309 Psychogene Reaktion (Anpassungsstörung)
- 311 Anderweitig nicht klassifizierbare depressive Zustandsbilder
- 312 Anderweitig nicht klassifizierbare Störungen des Sozialverhaltens
- 313 Spezifische emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters
- 314 Hyperkinetisches Syndrom des Kindesalters
- 315 Umschriebene Entwicklungsrückstände
- 316 Psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinne
- 298 Andere nichtorganische Psychosen (0,1,2,8,9)

Alkoholkrankheiten

- 303 Alkoholabhängigkeit
- 291 Alkoholpsychosen (0,3,4)
- 304 Drogenabhängigkeit (1)
- 305 Drogen- und Medikamentenmissbrauch ohne Abhängigkeit (0)

Suchtkrankheiten

- 292 Drogenpsychosen
- 304 Drogenabhängigkeit (ohne 1)
- 305 Drogen- und Medikamentenmissbrauch ohne Abhängigkeit (ohne 0)

Geistige Behinderung

- 317 Leichter Schwachsinn
- 318 Andere Ausprägungsgrade des Schwachsinn
- 319 Nicht näher bezeichneter Schwachsinn

Anhang C

Quellen- und Literaturangaben

- Arbeitsgemeinschaft der Direktorinnen und Direktoren von Gesundheits- und Krankenpflegeschulen (2000): Berufsbild des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Österreichische Krankenpflegezeitschrift Extraausgabe „Berufsbild“. Seite 6-23
- Bundesweite Interessensgemeinschaft Krankenhaus-SozialarbeiterInnen (BIKS)
- Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (1999): Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends.
- Etzersdorfer, E., Wancata, J., Kaindlstorfer, M., Sonneck, G. (1994a): Zur Prävalenz von Intoxikationen in der Aufnahmestation eines Schwerpunktkrankenhauses in Wien - unter besonderer Berücksichtigung der Klassifizierung als Suizidversuch. Neuropsychiatrie 8/3: Seite 165-171
- Etzersdorfer, E., Wancata, J., Sonneck, G. (1994b): Was können offizielle Daten über Suizidversuche aussagen? Wiener Klinische Wochenschrift 106/3: Seite 63-68
- Etzersdorfer, E., Piribauer, F., Sonneck, G. (1996): Sex differential for suicide among Austrian age cohorts. Acta Psychiatr Scand 93: 240-245
- Eurostat (2000): Eckzahlen in Gesundheit 2000. Daten 1985-1995, Luxemburg
- Forster, R. (1997): Fünf Jahre Unterbringungsrecht. Eine Zwischenbilanz aus sozialwissenschaftlich-statistischer Sicht. Österr. Juristenzeitung 52 (16): Seite 601-613
- Gutierrez K, Schmid-Siegel B. (Hrsg.): Kompendium der Forensischen Psychiatrie (in Druck)
- Hendin, H. (1995): Assisted Suicide, Euthanasia and Suicide Prevention: The implications of the Dutch Experience. Suicide and Life Threatening Behavior 25, Seite 193-205
- IMS Health Marktforschung GmbH, Gablenzgasse 11/4, A-1150 Wien
- Katschnig H., Grumiller I., Strobl R.(1975a): Daten zur stationären psychiatrischen Versorgung Österreichs. Teil 1: Inzidenz, Wien
- Katschnig H., Grumiller I., Strobl R.(1975b): Daten zur stationären psychiatrischen Versorgung Österreichs. Teil 2: Prävalenz, Wien
- Katschnig H., Etzersdorfer E., Muzik M. (1993): „Nicht nur eine minderwertige Gesundheit“: Eine Untersuchung über die Einstellung der österreichischen Bevölkerung zu psychisch Kranken und zur Psychiatrie. Forschungsbericht, Wien

- Katschnig H., Schöny W., Meise U., Grausgruber A., Grausgruber-Berner R. (1998):
Einstellung der österreichischen Bevölkerung zu Schizophrenie und Psychopharmaka,
Linz
- Katschnig, H., Gutierrez, K. (2000): Maßnahmenvollzug nach § 21/2 StGB, Wien
- Kessler R. (1994): The National Comorbidity Survey. *Int. Rev. Psychiatry* 6: 365-376
- Lethinen et al. (1997): "Promotion of Mental Health under European Agenda" published on
behalf of the "National Research and Development Center for Welfare and Health in
Finland"
- Murray C., Lopez A. (1996): The Global Burden of Disease in 1990: Final results and their
sensitivity to alternative epidemiological perspectives, discount rates, age-weights and
disability-weights. In: Murray C., Lopez A. (eds): *The global Burden of Disease: A
Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk
Factors in 1990 and Projected to 2020*, Cambridge
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (1997): *Ambulante
psychotherapeutische Versorgung in Österreich*, Wien
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (1998): *Struktureller Bedarf in der
psychiatrischen Versorgung*
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2000): *Psychotherapeuten Klinische
Psychologen Gesundheitspsychologen Entwicklungsstatistik 1991-1999*, Wien
- Österreichisches Statistisches Zentralamt (2000): *Demographisches Jahrbuch Österreichs
1998. Beiträge zur österreichischen Statistik, Heft 1327*, Kommissionsverlag, Wien
- Schanda H., Knecht G., Gruber K.: Zur Situation des Massnahmenvollzugs nach § 21/1 StGB.
In Gutierrez K, Schmid-Siegel B. (Hrsg.): *Kompendium der Forensischen Psychiatrie
(in Druck)*
- Schmidtke, A. et al. (1996): Attempted Suicide in Europe. *Acta psychiat. Scand.* 93: Seite
327-338
- Shepherd M., Wilkinson G., Williams P. (1986): *Mental Illness in Primary Care Settings*,
London
- Sonneck, G. (2000a): *Krisenintervention und Suizidverhütung*. WUV Facultas, Wien
- Sonneck, G. (2000b): *Suizidprävention in Österreich*. Kriseninterventionszentrum Wien,
BMSG, Wien
- Statistik Österreich (2000): *Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 1998*, Wien
- Statistische Informationen zur Vollziehung des Unterbringungsgesetzes Teil 2: 1993 – 1995,
Psychiatrie/5 des Ludwig Boltzmann-Institutes für Medizin- und Gesundheitssoziologie
vom März 1996 S. 47

- Wahrnehmungsberichte des Rechnungshofes (1998): Psychiatrische Versorgung. 9 Berichte zu den einzelnen Bundesländern. Wien
- Wancata J., Benda N., Bach M., Meise U.(2000): Recognition of psychiatric disorders in nonpsychiatric hospital wards. *Journal of Psychosomatic Research* 48, Seite 149-155
- Wancata J., Benda N., Hajji M., Lesch O.M., Müller Ch. (1996): Psychiatric disorders in gynecological, surgical and medical departments of general hospitals in an urban and a rural area of Austria. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 31, Seite 220-226
- Wancata J., Benda N., Meise U., Windhaber J. (1999): Sind die Aufenthaltsdauern von psychisch Kranken an internen, chirurgischen und gynäkologischen Abteilungen länger? *Nervenarzt* 70, Seite 810-816
- Wancata J., Kaup B., Krautgartner M. (2001): Die Entwicklung der Demenzerkrankungen in Österreich in den Jahren 1951 bis 2050. *Wiener Klinische Wochenschrift*, in press
- Wancata J., Rittmannsberger H., Winkler J., Berner J. (2001): Leistungen und organisatorische Aspekte psychiatrischer Tageskliniken in Österreich. *Neuropsychiatrie*, in press
- Wittchen H. U., Müller N., Pfister H., Winter S., Schmidtkunz B. (1999): Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland - erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys "Psychische Störungen". *Gesundheitswesen* 61, Sonderheft 2, Seite 216-222
- Wörister K. (2000): Pensionen wegen verminderter Arbeitsfähigkeit – aktuelle Daten. Manuskript der Abteilung Wirtschaftswissenschaften der Arbeiterkammer Wien
- Weltgesundheitsorganisation (1998): *World Health Report 1998*
- Weltgesundheitsorganisation (1991): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel F, Klinisch diagnostische Leitlinien*. Herausgegeben von Dilling H., Mombour W., Schmidt M.H., Verlag Hans Huber Bern-Göttingen-Toronto

Anhang D

Danksagung

Bei folgenden Personen, die uns durch Ratschläge, Informationen und Materialien beim Zustandekommen dieses Berichtes unterstützt haben, möchten wir uns an dieser Stelle recht herzlich bedanken:

Dr. Margret Aull, Österreichischer Berufsverband der Psychotherapeuten
DGKP Heinz Binder, Universitätsklinik für Psychiatrie Wien
Werner Bohuslav, Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen
Univ. Prof. Dr. Rainer Danzinger, Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz
Mag. Ulrike Demal, Universitätsklinik für Psychiatrie Wien
Mag. Gerhard Embacher, Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen
ao. Univ. Prof. Dr. Rudolf Forster, Institut für Soziologie der Universität Wien
MR Dr. Elfriede Fritz, Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen
Sektionschef DI Harald Gaugg, Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen
DSA Mag. Judith Haberhauer, Österreichischer Berufsverband diplomierter
SozialarbeiterInnen
Dr. Hubert Hartl, Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen
DPT Helga Hofinger, Universitätsklinik für Psychiatrie Wien
Jutta Knoerzer, Verein für Sachwalterschaft und Patientenanzwaltschaft
Präsidentin DGKS Eva Kürzel, Österreichischer Krankenpflegeverband
Univ.-Prof. Dr. Gerhard Lenz, Weiterbildungskommission der Österreichischen Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie
Albert Maresch, Verein für Sachwalterschaft und Patientenanzwaltschaft
Univ. Prof. Dr. Ullrich Alois Meise, Universitätsklinik für Psychiatrie Innsbruck
Dr. Irene Müller, Verein für Sachwalterschaft und Patientenanzwaltschaft
DSA Danila Neuwirth, Universitätsklinik für Psychiatrie Wien
Prim. Dr. Thomas Platz, Landeskrankenhaus Klagenfurt, Zentrum für Seelische Gesundheit
Dr. Peter Rothschild, Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter
Dir. Prim. Univ. Doz. WHR Dr. Werner Schöny, Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg Linz
Dr. Peter Scholz, Hauptverband der Sozialversicherungsträger
Mag. Anton Sinabell, Österreichische Ärztekammer
Dipl. Physiotherapeutin Stelzhammer, Direktorin der Akademie für Physiotherapie im Wiener
Allgemeinen Krankenhaus
Prim. Univ. Doz. Dr. Christoph Stuppäck, Landes-Nervenklinik Salzburg
Mag. Nina Täubler, IMS Health Marktforschung GmbH
Dipl. Ergotherapeutin Gerti Thil-Aicher, Akademie für Ergotherapie im Wiener Allgemeinen
Krankenhaus, Arbeitskreis „Psychiatrie“ im Dachverband der Ergotherapeuten
Mag. H. Wellacher, IMS Health Marktforschung GmbH
Diplompfleger Ludwig Wimmer, Interessensgemeinschaft psychiatrische Pflege Österreich
Mag. Karl Wörister, Arbeiterkammer für Wien
DSA Helga Wolfgruber, Bundesweite Interessensgemeinschaft Krankenhaussozial-
arbeiterInnen