

Gert LYON  
Hedi RIEDL

## **Psychosoziale Versorgung**

Referat Fortbildungsseminar zur "Klinischen Psychologie" des  
Pädagogischen Instituts des Bundes in Steiermark und des Philosophischen  
Instituts der Universität Graz

26.4.1984 im Retzhof

---

### **Inhaltsverzeichnis:**

1. Einleitung und Problemdarstellung
2. Ausgewählte Daten aus dem Sozialbericht 1981
3. Die Demoralisierung
4. Sozio-ökonomische Faktoren als Ursachen für psychische Störungen
5. Die traditionellen Behandlungsstrategien
6. Überlegungen zu einer Strukturreform der psychosozialen Versorgung in Österreich
7. Zusammenfassung
8. Literatur

### **1. Einleitung und Problemdarstellung**

Störungen, Konflikte, Krankheit werden üblicherweise als individuelle Probleme verstanden. Auch die betroffenen Individuen selbst sind meist erleichtert, wenn etwa in einer familiären Konflikt-Situation auf die einer der Beteiligten mit Migräne-artigen Kopfschmerz reagiert, eine sogenannte " handfeste " = Körper - medizinische Diagnose gestellt wird, - bzw. enttäuscht, wenn das umgekehrt nicht gelingt.

Mit der von uns hier versuchten Betrachtungsweise verfolgen wir die Absicht, ganzheitlich, mehrdimensional, über traditionelle wissenschaftliche Abgrenzungen hinaus Zusammenhänge zu erfassen. D.h. daß wir versuchen gegen den Strom traditioneller Auffassungen zu denken und zunächst bei allen Versuchen der Problemwahrnehmung, Erklärung und Bewältigung die zumeist vernachlässigten Dimensionen zu erfassen:

- die soziale und ökonomische
- die psycho-somatische und die psycho-soziale
- auch die tiefenpsychologische
- und schließlich ein ganzheitliches Verständnis zu gewinnen.

All das ist natürlich mehr ein Programm als ein bereits eingelöster oder von uns allein je einlösbarer Anspruch.

Ich möchte beginnen mit einem Katalog von Problemen, wie wir sie im BZ am Griesplatz immer wieder wahrnehmen, wobei die Auswahl im Zusammenhang steht mit dem, was sie als AHS-Lehrer vermutlich viel früher schon im Schulalltag wahrnehmen.

- Konzentrations-, Lern-, Anpassungsstörungen
- Leistungsabfall und -verweigerung
- Drogenkonsum (ich denk dabei nicht so sehr an das fast schon "normale" Probierer-Verhalten Jugendlicher mit Haschisch, sondern mehr an harte Drogen, illegale wie auch legale, nämlich in erschreckend hohem Maß ärztlich verschriebene Psychopharmaka, Tranquilizer, Appetitzügler etc. und auch Alkohol)
- Sektenzulauf
- Jugendkriminalität
- bis hin zu den traditionell von der Psychiatrie klassifizierten Symptomen und Erkrankungen, die ständig im Steigen begriffen sind ( die Reha-Statistik in der BRD z.B. zeigt einen rapiden Anstieg psychiatrischer Diagnosen, wobei die sogenannte " Lernbehinderung " den größten Anteil unter den psychiatrischen Diagnosen und den steilsten Anstieg zu verzeichnen hat: von 39 auf 62% ).

Und noch ein paar Zahlen zur Beschreibung des Umfangs der Probleme von denen hier die Rede sein soll:

- in Österreich gibt es ca. 25 000 entmündigte Menschen, wovon die Hälfte in Anstalten wie etwa dem Feldhof, Kainbach, Schwanberg unter teils menschenunwürdigen Bedingungen leben müssen.
- Wir haben in Österreich mehr als 30 000 Sonderschüler = 4% aller Pflichtschüler.
- In den letzten Jahren war ein etwa 50%-iger Anstieg der Zahl der Invaliditätspensionen zu verzeichnen.
- Die Hälfte der rund 14 000 zur Einstellung Behinderter gesetzlich verpflichteten Unternehmen entzieht sich dieser Verpflichtung über das legale Hintertür der Bezahlung einer lächerlich geringen Ausgleichstaxe.
- Mindestens ein Drittel aller Patienten, die einen praktischen Arzt aufsuchen, haben keine körperlich faßbare Erkrankung, sondern "nur" funktionelle Störungen.

In einer Studie über Fragen der Kosten psychischer Krankheit in Österreich, die vom Wiener Institut für Tiefenpsychologie gemeinsam mit dem Wiener Institut für Gesellschaftspolitik durchgeführt wurde, ist man davon ausgegangen, daß Trennung von " rein organischen " und " rein psychischen " Krankheiten eigentlich unzulässig ist. Auf der Suche nach Möglichkeiten den klinischen Eisberg etwas deutlicher sichtbar zu machen, hat man in den Ordinationen nicht-psychiatrischer Ärzte sowie in allen nicht-psychiatrischen Krankenhausabteilungen einen erheblichen Teil von nicht-

rein-organischen sonder psychosozial und psycho-somatischen Krankheiten gefunden. Wenn man z.B. auf eine Unfallchirurgie geht und die "rein organischen" Patienten dort vom psychiatrischen Gesichtspunkt untersucht, wird man bei den Arbeitsunfällen darauf stoßen, daß sie von soziologischen Bedingungen abhängen; - wie ernst etwa von Arbeitgebern und -nehmern Sicherheitsbestimmungen genommen werden, wie belastend Monotonie und Leistungsdruck sind und dergleichen mehr. Auch bei den Verkehrsunfällen werden sich ähnliche Fragen über Länge und Art der Arbeitswege, Freizeitverhalten und Versorgung mit öffentlichen Verkehrsmitteln etc. ergeben. Die damit erfaßten Probleme sind sozial-psychologisch als Epidemie aufzufassen. Erst recht ist dies mit Sportunfällen der Fall. Was treibt z.B. Untrainierte dazu, Pisten bis zur Erschöpfung herunterzujahgen, statt eine ständige Körperkondition aufrecht zu erhalten und Schiwandern zu pflegen? Bei allen drei Unfallsarten vermag eine aus der jeweiligen psychischen Situation zum Unfallszeitpunkt stammende aggressive oder unbewußte selbstschädigende Tendenz eine Rolle spielen, oder Alkohol, Tabletten oder andere individuelle psychosoziale Bedingungen. Das gleiche wird eine Untersuchung über die Bedingungen von Schenkel- und Halsbrüchen bei alten Menschen ergeben; - manchmal wird er sich vielleicht in einem Schwindel fallen lassen, weil er des Kampfes gegen die Einsamkeit schließlich müde geworden ist. Eine " rein organische " Störung gewinnt in dieser Betrachtungsweise, die natürlich entsprechende Untersuchungsmethoden erfordert, die nicht ganz leicht und einfach sind, eine völlig neue Dimension. Gar nicht davon zu reden, daß die Heilungsdauer und Vollständigkeit der Rehabilitation vom Lebenswillen, d.h. von der psychischen Gesundheit des Betroffenen abhängt.

Für die meisten inneren Erkrankungen lassen sich etwa sozialpsychologische Teilursachen in der Lebensführung anführen, wie quantitative oder qualitative Fehlernährung ( bei Diabetes, Gicht, Übergewicht, Arteriosklerose etc. ), Genußmittel ( Alkohol und Nikotin ), Passivität ( bei orthopädischen Störungen ). Die Beispiele sind zahllos und überzeugend und eigentlich auch kaum umstritten. Aber auch umgekehrt gilt ähnliches: die Neurose, die als klassisch erlebnisbedingte Erkrankung gilt, kann bis zu etwa 40% konstitutionell mitbedingt sein. Und viele Verhaltensstörungen beruhen auf nicht erkannten frühkindlichen Gehirnschäden und dergleichen mehr.

Die Ergebnisse der erwähnten Studie können so zusammengefaßt werden: in den ärztlichen und nicht-psychiatrischen Ordinationen finden sich nur ca. ein Drittel rein organische Patienten. Dafür ca. ein Viertel rein psychosoziale. Die übrige Verteilung stellt Übergänge dar. Und in den organischen Krankenhausabteilungen sind die Ergebnisse ähnlich, - nur etwas auf die organische Seite hin verschoben. Die Beschwerden bestehen bei den psychischen Patienten wesentlich länger ( 6,5 zu 3 Jahren ), die Zeitdauer, die der Arzt aufwenden muß, ist wesentlich größer. Die Tatsache, daß diese Patienten öfter kommen, länger bleiben und insgesamt länger krank sind, spricht stark dafür, daß die übliche organische Behandlung ( ständige teure instrumentell und personell aufwendige Durchuntersuchungen, Tranquilizer, bzw. alle Medikamente, die das vegetative Nervensystem beeinflussen etc. ) nicht greift. Die Lebensqualität dieser Patienten ist wesentlich schlechter als die organisch Kranker. Die Ärzte sind in ihrer Prognosestellung unsicherer und eigentlich negativer.

## z. Ausgewählte Daten aus dem Sozialbericht 1981:

Unsere Hypothese ist: daß jede dieser individuell sich manifestierenden Störungen nur im Zusammenhang mit den allgemeinen Lebensverhältnissen entsteht, wahrgenommen, untersucht, verstanden und behandelt werden kann. Zur Verdeutlichung dessen was wir unter allgemeinen Lebensverhältnissen verstehen, die im Entstehungszusammenhang mit

psychozialen Störungen stehen, bringen wir nun einige Daten aus dem Sozialbericht 1981 des Bundesministeriums für soziale Verwaltung:

### Arbeit:

Zunahme der Schichtarbeit: 16% der österreichischen Arbeitnehmer müssen ein Leben gegen die innere Uhr führen: das führt nachweislich zu vermehrten Magen- und Darmerkrankungen, zu nachweislich erhöhten Defiziten in den Sozialbeziehungen, zu nachweislich erhöhten Scheidungsraten bei Schichtarbeitern.

Nach Schätzungen des Arbeitsinspektorates sind in Österreich 300 000 Arbeitnehmer gesundheitsschädlichem Lärm an ihrem Arbeitsplatz ausgesetzt.

Die vorherrschende Form der Arbeitsteilung ist gekennzeichnet durch eine Kombination von Über- und Unterforderung: Angestellte und Beamte fühlen sich durchschnittlich zwar geistig aber kaum körperlich beansprucht, Arbeiter dagegen werden körperlich überbeansprucht aber geistig kaum gefordert.

### Arbeitslosigkeit:

In der Steiermark derzeit etwa 35 000 offiziell gemeldete Arbeitslose.

### Schichtspezifisches:

das gesundheitliche Wohlbefinden der Arbeiter und Bauern sinkt rascher mit zunehmenden Alter und ist dem um 7 bis 10 Jahre älteren Mittelschichtangehörigen vergleichbar. Angehörige unterer sozialer Schichten sind gegenüber gleichaltrigen Mittelschichtangehörigen häufiger krank, erleiden häufiger Unfälle, sind häufiger behindert. Jeder 3. Arbeiter, aber nur jeder 10. Angestellte scheidet vor Erreichen des Pensionsalters wegen Invalidität aus dem Erwerbsleben aus und hat überdies mit einer erheblich verkürzten Lebenserwartung zu rechnen.

### Ernährung:

Arbeiter und Bauern haben ein Drittel mehr Übergewichtige als Mittel- und Oberschichtangehörige.

### Zugang zu medizinischen Einrichtungen:

Bauern und Arbeiter gehen später zum Arzt weniger zum Spezialisten können sich schlechter artikulieren erfahren schlechtere Behandlung durch die Angehörigen der Gesundheitsberufe bekommen in der Psychiatrie die härteren Diagnosen ihre Rentenansuchen werden häufiger abgelehnt. als die von Mittel- und

Oberschichtangehörigen.

2 wichtige Stress-Faktoren:

1. höheres Risiko des Arbeitsplatzverlustes z. geringere Befriedigung aus der Arbeit  
Freizeit:

es ist nicht so, daß man nach der Arbeit " frei " ist zu tun und lassen, was man will. Diese Freiheit bleibt sehr abstrakt. Das Arbeitsleid wiederholt sich in der Freizeit: Monotonie in der Arbeit führt zu erhöhtem Ruhebedürfnis. Zu geringe Gestaltungsmöglichkeiten, Kommunikationslosigkeit, Hektik am Arbeitsplatz setzen sich fort in der Freizeit. Die mit Abstand am weitest verbreitete Freizeitbeschäftigung in Österreich durch alle Schichten hindurch in das : Fernsehen

Ein Drittel der gesamten Freizeit wird vor dem Fernsehapparat verbracht.

Wohnen:

die Zahl der Pendler steigt ständig an. Wir haben ein zunehmend sich verschlechterndes Verhältnis zwischen den urbanen Ballungsräumen einerseits und den Entleerungsgebieten andererseits in Bezug auf:

Infrastruktur Steuereinnahmen Finanzausgleich

Bildungs- und Arbeitschancen

Jüngere qualifizierte, nicht durch Besitz und Familie gebundene Menschen wandern in die Ballungsräume ab, ältere weniger qualifizierte Pensionisten, Hausfrauen, Jugendliche verbleiben tendenziell in Entleerungsgebieten. Abhängigkeit vom Auto. Familie, Ehe, Scheidung, generatives Verhalten:

zwei Drittel aller Paare, die überhaupt Kinder bekommen, heiraten, wenn das erste Kind unterwegs ist, oder nach der Geburt. Ca. 40% aller Kinder sind ungeplant. Wieviele ungewollte sind ist schwer zu sagen.

Ca. 80 000 Abtreibungen pro Jahr, vorsichtige Schätzungen, Dunkelziffer liegt wesentlich darüber. Und zwar häufiger und früher bei Mittel- und Oberschichtfrauen, die zum Beispiel Ausbildung und Karriere nicht unterbrechen wollen. In der Unterschicht kommt es wesentlich häufiger zu sogenannten Muß-Ehen und Abtreibung wird dort wesentlich häufiger zur Begrenzung der Kinderzahl angewandt.

Sinkende Heirats- steigende Scheidungsraten:

auch hier stark schichtspezifische Muster und unterschiedliche Interpretation je nach Bildungsstand, ökonomischen und Besitzverhältnissen, urbanen oder ländlichen Lebensstilen.

3. Die Demoralisierung

Die sozialpolitische " Wende " und die pessimistisch stimmende politische und

ökonomische Situation hat ihre Entsprechung in der persönlichen Hoffnungslosigkeit, Resignation und Demoralisierung immer größer werdender Gruppen in unserer Gesellschaft. Gerade bei psychisch leidenden Menschen verbinden sich persönliche Lebens- und Leidensgeschichte mit dem sozialpsychologischen Syndrom der Demoralisierung. Sozusagen als empirisches Gegengift gegen die ideologische Behauptung, daß in unserer Gesellschaft jeder gute Chancen

bietet die neuere sozialepidemiologische Forschung ein Ergebnis an, das zeigt, daß ein zunehmend größerer Teil der Bevölkerung daran nicht mehr glauben kann und dies sicherlich auf Grund eigener bitterer Erfahrungen.

Bei einer groß angelegten epidemiologischen Gemeindestudie ist die Forschergruppe um das Ehepaar DOHREN-WEND ( 1980 ) auf ein Phänomen gestoßen, das sie "DE MORALISIERUNG" genannt haben. Es beinhaltet Einstellungen und Grundhaltungen, die bestimmt sind, durch geringeres Selbstwertgefühl Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, unbestimmte Zukunftsängste und allgemein gedrückte Grundstimmung. Ein Viertel der USA schätzen die Dohren-Wend's als in diesem Sinne demoralisiert ein. Die Hälfte dieses Bevölkerungsanteils leidet zugleich an psychischen Störungen. Demoralisierungsanzeichen sind in den unteren sozialen Schichten wesentlich häufiger als in den gehobenen Schichten, ebenso bei Frauen mehr als bei Männern. Dieses Demoralisierungssyndrom hat unmittelbar mit Bewältigungsressourcen zu tun. Es bringt zum Ausdruck, daß viele Menschen für sich keinen Sinn mehr darin sehen, sich für oder gegen etwas einzusetzen. Sie lassen Ereignisse fatalistisch auf sich zukommen und über sich hereinstürzen, weil sie nicht mehr daran glauben, wirksam etwas dagegen unternehmen zu können. Es ist wichtig, dieses Demoralisierungsphänomen auch gegen unsere professionelle Hoffnung auf unbegrenzte Bewältigungsressourcen zu setzen. Wir müssen auch gegenüber ideologisch gefärbten Behauptungen vom " natürlichen Selbsthilfepotential der Gesellschaft " zeigen, wie dieses durch die gesellschaftlichen Ressourcen an Fremdbestimmung, Enteignung und Zerstörung menschlicher Enthaltungsmöglichkeiten untergraben und zerstört wird. Auch bei diesem Punkt ist mir die Differenzierung zwischen dem klinischen und dem sozialpolitischen Blick wichtig. Nicht alle psychologisch erfahrbaren Haltungen und Gefühlslagen sind klinisch zureichend zu deuten. Wir müssen noch besser lernen, in ihnen den Niederschlag gesellschaftlicher Prozesse zu entziffern.

soll die individuelle Resistenz gegenüber sozialen Verursachern erhöht werden. So soll die Illusion erweckt werden, eine bessere psychiatrische Versorgung wäre imstande gesellschaftlich bedingte Störungen zu kompensieren.

Die Funktion, die die Medizin bei der Umwandlung objektiver Arbeitsmarktprobleme in subjektives Krankheitsgeschehen übernimmt, läßt sich sehr gut auch aus der Reha-Statistik ersehen. Wurden noch zu einer Zeit größeren wirtschaftlichen Aufschwungs auch an, an schwereren psychischen Erkrankungen Leidenden berufliche Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt, werden in einer Zeit wirtschaftlicher Stagnation diese Bemühungen weitestgehend unterlassen. Darüberhinausgehend dient die psycho-soziale Versorgung häufig auch der

Ausgrenzung überschüssiger, d.h. nicht verwertbarer Arbeitskraft ( H.KEUPP, 1982 ). Die Ausgrenzung basiert häufig auf der Ausweitung psychiatrischer Definition sozialer Abweichungen. Die Normen dafür ändern sich mit den gesellschaftlichen Bedürfnissen, nach denen die Funktion des Individuums bestimmt wird und aus dem auch die Handlungsanweisung dafür folgt, was mit solchen zu geschehen hat, die die Funktion nicht erfüllen können oder wollen.

Soviel zur fast so g vention.

ut wie nicht stattfindenden Primärpre

#### 5. Die traditionellen Behandlungsstrategien

Ein Großteil von ihnen - hauptsächlich solche, die von leichteren Störungen betroffen sind, sucht den Hausarzt auf ( BRD: ca. 14% der Bevölkerung pro Jahr ). Bekannt sind die häufigen Verschreibungen von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, in selteneren Fällen auch von hochpotenten Psychopharmaka. Dieses Klientel findet sich in den seltensten Fällen in den Warteräumen der Fachärzte wieder, denn ihr Versorgungsbedarf wird von der herrschenden Psychiatrie nicht akzeptiert. Begründet wird dies mit der Unmöglichkeit eine solche Flut von " gewöhnlichem " Leid psychiatrisch - psychotherapeutisch versorgen zu können.

#### 4. Sozio-ökonomische Faktoren als Ursachen für psychische Störungen

Obwohl sozioökonomische Ursachen bzw. Folgen von psychischen Krankheitsformen heute weitestgehend bekannt sind, gibt es nach wie vor keine adäquaten Bemühungen diesen Bereich individuellen Leides und volkswirtschaftlicher Belastungen erfolgreich in den Griff zu bekommen. Zwar findet sich in den Programmen der großen Parteien ( ÖVP, SPÖ 1972 ) die Erkenntnis, daß es einen wesentlichen Zusammenhang zwischen sozialen Gegebenheiten, Arbeitswelt, Umwelt und gesundheitliche Störungen gibt, doch zeigt die politische Praxis der letzten Jahre, daß wenig erfolgreiche Strategien entwickelt wurden um diese gesamtgesellschaftlichen Probleme zu lösen. Im Gegenteil kam es eher zu einer Zunahme sozialer Belastungen auf die in Österreich noch keine befriedigende Antwort gefunden wurde. Erhöhte Arbeitslosenrate, durch Arbeitsplatzunsicherheit bedingter Stress haben zwar zu einer emotionalen Diskussion über eine Umverteilung von Arbeit geführt, die aber bislang noch keine konkreten Ergebnisse brachte. Die veränderte Arbeitsmarktsituation wirkt sich auch auf die Schul- und Ausbildungssituation aus. Höhere Leistungsanforderungen und stärkerer Konkurrenzdruck führen zu gravierenden psychischen Störungen bei Jugendlichen ( so wurden bei einer Stichtagserhebung in der BRD bei 25% der Schulkinder psychische Störungen nachgewiesen, ein Großteil von ihnen litt unter Leistungsschwierigkeiten: ).

Statt also vehementer um humanere Arbeitsbedingungen und Arbeit für alle zu kämpfen ( Primärprävention ), werden Störungen, die auf diesen gesellschaftlichen Problemen beruhen, individualisiert, somit entpolitisiert und den Vertretern einer kurativen Medizin anvertraut, die dann aufgrund dieser künstlichen Trennung zwischen krankmachenden Ursachen und Krankheitssymptomen kaum längerwährende therapeutische Erfolge erzielen können. D,h. weil die

Auseinandersetzung mit der Pathogenität gesellschaftlicher Organisationsstrukturen nicht erfolgen kann,

Gleichzeitig soll die Einsicht abgewehrt werden, daß Probleme psychischer Störungen allein professionell-kurativ nicht zu bewältigen sind. Bedenklich ist diese Einschränkung des Versorgungsangebotes, wenn man sich klarmacht, daß es einen wesentlichen Zusammenhang zwischen den alltäglichen Leiden der Menschen und den manifesten psychischen Erkrankungen jenes Teiles der Bevölkerung gibt, der schließlich in psychiatrischen Einrichtungen landet. Mit dieser Definition der Behandlungswürdigkeit wird der Grundstein für sogenannte negative Karrieren gelegt. Frühe Anzeichen einer Störung werden nicht rechtzeitig behandelt, manifestieren sich in auffälligeren Erscheinungsformen, führen in der Folge zur sozialen Isolation in stationären Einrichtungen.

Dem zuvor beschriebenen steigenden Bedarf an psychosozialer " Behandlung " steht kein qualitativer, sondern nur ein quantitativer Ausbau psychiatrischer Versorgungseinrichtungen gegenüber. Läßt man einige von Bundesland zu Bundesland in sehr unterschiedlichem Ausmaß vorhandene Modelleinrichtungen außer Acht, so basiert die Versorgung hauptsächlich auf 2 Komponenten.

Die ambulante Behandlung wird von den Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie getragen, von denen noch im Jahr 1974 weniger als 108 eine psychotherapeutische Ausbildung aufwiesen. Neben Klienten mit psychischen Problemen haben sie noch Personen mit neurologischen Erkrankungen zu versorgen. Selbst wenn §2 - Ärzte trotz ihrer überfüllten Wartezimmer Zeit für eine psychotherapeutische Behandlung fänden, wird diese von den Kassen in einem als lächerlich zu bezeichnendem Ausmaß vergütet, sodaß Psychotherapien auf Krankenschein so gut wie nicht durchgeführt werden ( Ausnahme: Ambulatorium der Gebietskrankenkasse Wien ). Ein Großteil der Nervenärzte hat ihre Praxen in den Landeshauptstädten, sodaß ländliche Regionen häufig psychiatrisch unter - oder gar nicht versorgt sind. Sie arbeiten isoliert, ohne Kontakt zu anderen komplementären Diensten oder auch nur zu den psychiatrischen Krankenhäusern.

Die stationäre Behandlung erfolgt in Österreich großteils in überdimensionierten Sonderkrankenhäusern ( ca. die Hälfte der Unterbringungen erfolgt in Krankenanstalten mit mehr als 1500 Betten ), die erst vor wenigen Jahren im Zuge einer Angleichung an die allgemeinmedizinische Versorgung von Heilanstalten in Sonderkrankenhäuser umgewandelt wurden. Keine Angleichung erfolgte hingegen im Bereich der Verpflegskosten. Die Tagsätze betragen noch immer die Hälfte von denen im Allgemeinkrankenhäusern, was nur möglich ist, weil ein Teil der Versorgungsarbeit von Langzeithospitalisierten übernommen wird ( Verhältnis von Küchenpersonal zu Patienten: AKH: 1 : 16; PKH: 1 : 31 ). Der Arzt / Patienten - Schlüssel im PKH 1 : 50 ( AKH 1 : 10 ) zeigt ebenfalls die krasse Schlechterstellung psychisch Kranker auf. Die sozialversicherungsrechtliche Benachteiligung wird anhand der frühzeitigen Aussteuerung länger hospitalisierter Klienten sichtbar. Die in den Sonderkrankenhäusern behandelten Patienten sind überwiegend unfreiwillig in Behandlung ( 1975, 949 Zwangseinweisungen ), ein großer Prozentsatz ist entmündigt. Darüberhinaus ist das therapeutische Personal mit der Behandlung/Betreuung 2er unterschiedlicher Populationen konfrontiert. Die PKH's



sind überfüllt mit chronischen Patienten - Relikte einer Zeit des therapeutischen Nihilismus. So konnte Katschnigg ( 1975 ) im Rahmen einer gesamtösterreichischen Prävalenzstudie feststellen, daß 30% bereits mehr als 10 Jahre, 12% sogar länger als 20 Jahre im PER verbrachten. Daß diese Kranken längst ihren sozialen Tod hinter sich haben, läßt sich anhand von Krankengeschichten, die nach einer gewissen Zeit der Dauerhospitalisierung nur mehr selten und wenn, dann rein org.medizinische Eintragungen enthalten, dokumentieren. Die zweite Teilpopulation setzt sich aus kurzfristig hospitalisierten ( Durchschnittsaufenthalt 1975: ca. 4 Wochen ) Klienten zusammen, die allerdings eine hohe Wiederaufnahmsrate auf

weisen. was häufig verächtlich als Drehtürpsychiatrie bezeichnet

wird, verhindert zumindest den totalen Abbruch familiärer und nachbarschaftlicher Beziehungen. Aufgrund der schlechten Versorgungslage ( Fehlen von spezialisierten Einrichtungen für Alkoholranke, Jugendliche, geriatrische Patienten, geistig Behinderte sowie von ambulanten und teilstationären Behandlungsangeboten ) stehen die psychiatrischen Krankenhäuser unter starkem Aufnahmepressur. Auch hier fällt die enorme Isolation auf. Es gibt kaum Kontakte zu sozialen Diensten im Vorfeld der Psychiatrie oder zu den niedergelassenen Nervenärzten.

Diese triste Versorgungssituation führt einerseits bei den Betroffenen bzw. potentiell Betroffenen zu einem psychiatriablehnenden Verhalten. Trotz schwerwiegender psychischer Probleme vermeiden sie es möglichst lang den Facharzt aufzusuchen oder sich freiwillig in stationäre psychiatrische Behandlung zu begeben. So führt das nicht bedürfnisgerechte Angebot zu massiven Vermeidungstendenzen in der Bevölkerung und in weiterer Folge zu einer möglichen Chronifizierung psychischer Störungen. Andererseits werden die durch die reduzierten Behandlungsmöglichkeiten ( Fehlen materieller und personeller Ressourcen im PKH; Trennung von therapeutischen und rehabilitativer Aufgaben ) verminderten Therapieerfolge von den Spitalserhaltern als Legitimation der Unterausstattung stationärer psychiatrischer Einrichtungen und der Beschränkung des ambulanten Leistungskatalogs herangezogen.

## 6. Überlegungen zu einer Strukturreform der psychosozialen Versorgung in Österreich

Ausgehend von einer Analyse der Situation der psychiatrischen Versorgung in Österreich und beeinflusst von den Ergebnissen der Psychiatrieenquête in der BRD gab das Bundesministerium für Gesundheit in einem Österreichischen Krankenanstaltenplan bereits weitreichende Empfehlungen für eine Neustrukturierung psychosozialer Versorgung. Dieser Krankenanstaltenplan, der

in einigen Punkten durchaus kritikwürdig ist, konnte jedoch nicht Ausgangspunkt einer faktischen Änderung werden, da in Österreich die Gesundheitsfürsorge bzw. die Verwaltung der Krankenanstalten Ländersache ist. Während der letzten 10 Jahre entstand daher ein fast unerträgliches Ausmaß an Ungleichheit bezüglich der Qualität psychiatrischer Versorgung. Während in einigen Ländern ( allen voran Wien ) enorme

personelle und materielle Mittel zur Durchführung einer Strukturreform verfügbar gemacht wurden, wird in anderen Bundesländern die Sinnhaftigkeit und Wichtigkeit solcher Reformen noch diskutiert ( z.B. in der Steiermark

Die materiellen und ideellen Investitionen, die in eine neue Psychiatrie fließen, decken sich in ihrer Höhe mit den bereits früher attestierten Unterschieden bezüglich ärztlicher Versorgung in den Bundesländern. Dies scheint einen Zusammenhang zwischen Reformansätzen und dem jeweiligen Entwicklungsstand und politischen Verhältnissen anzudeuten.

Im Folgenden möchte ich noch einige mir wesentlich erscheinende Punkte, die m.E. bei einer Strukturreform der Psychiatrie berücksichtigt werden sollten, anführen

1) die Reform sollte sich an den Behandlungsbedürfnissen des potentiellen Klientels orientieren, d.h. Ausbau differenzierter Arten von psychiatrischen Versorgungseinrichtungen in Form eines therapeutischen Netzes.

Tageskliniken, Nachtkliniken, Dauer- und Übergangswohnheime, ambulante Beratungsstellen, geschützte Werkstätten sollten untereinander und mit den existierenden sozialen und medizinischen Diensten kooperieren, sodaß eine kontinuierliche Behandlung in allen Phasen psychischer Erkrankung ( prä stationär, stationär, poststationär ) gewährleistet ist.

2) Die Versorgung sollte für alle Bevölkerungsgruppen gleich zugänglich sein. D.h. es muß eine Dezentralisierung erfolgen, die es den Betroffenen ermöglicht in ihrem normalen Lebensbereich betreut zu werden.

Anzustreben ist vielmehr eine umfassende Beteiligung der Betroffenen bzw. potentiell Betroffenen bei der Planung, Verwaltung und Kontrolle der psychiatrischen Versorgungseinrichtungen, D.h. die Reform psychosozialer Versorgung darf keinesfalls - wie es leider geschieht - den professionell im Gesundheitswesen Tätigen überlassen werden. Dafür sollten die Experten im größeren Maße verpflichtet werden ihre Erkenntnisse über sozio-ökonomische verursachungen psychischer Störungen an die Öffentlichkeit zurückgeben, um eine erste Ausgangsbasis für Primärprävention zu schaffen.

### 3) Bedarfsorientierte Versorgung und Soziale Kontrolle

Die verschärfte Arbeitsmarktsituation führt wie bereits erwähnt zu einer kontinuierlichen Abnahme von Reha-Maßnahmen, die zu einer Zeit wirtschaftlichen Aufschwungs der Erhöhung des Arbeitskräftepotentials dienten. Aus der größer werdenden Kluft zwischen Integrationsanspruch und Integrationsfähigkeit von potentiellen Arbeitskräften ergibt sich eine ernstzunehmende Gefahr einer verstärkten Rückbesinnung auf traditionelle Funktionen der Psychiatrie, nämlich der Ausgrenzung von Außenseitern, das Inkaufnehmen sozialer Marginalität. Diese soziale Kontrollfunktion der Psychiatrie kann nur dann erfolgreich abgewehrt werden, wenn sich die psychosozialen Einrichtungen wiederum einer umfassenden Kontrolle

durch die Betroffenen unterziehen.

## 7. Zusammenfassung

Zunächst wird ein erster Versuch unternommen, den Problembereich psycho-sozialer Probleme, Konflikte und Störungen abzustecken. Danach wird die Hypothese entwickelt, daß Krankheit / Gesundheit im allgemeinen und psychische, psychosomatische und psycho-soziale Probleme im besonderen zwar vorwiegend als individuelles Leid erlebt werden; deren Behandlung aber, - wenn sie sich nicht auf reine Symptombekämpfung beschränkt -, kann nur im Entstehungszusammenhang mit den familiären, sozialen, ökonomischen und politischen - also allgemeinen Lebensver

3) Das Versorgungsangebot muß umfassend sein, d.h. es müssen alle Formen psychischer Störungen berücksichtigt werden und es darf keine Auswahl nach Therapiebedürftigkeit und Behandlungsfähigkeit getroffen werden.

4) Umwandlung der Großkrankenhäuser in kleinere den lokalen Behandlungsbedürfnissen entsprechende gut ausgestattete PKH's und gleichzeitig Errichtung von psychiatrischen Abteilungen an Schwerpunktkrankenhäusern.

5) Sozialversicherungsrechtliche Gleichstellung der psychischen und somatischen Krankheiten und Verzicht auf Aussteuerung von Pflegefällen.

6) Abschaffung der zentralen Geisteskrankenkartei.

7) Keine Reformdiskussion und Neustrukturierung der Psychiatrie ohne Anhörung und Mitbestimmung der Öffentlichkeit:

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, daß in der sich eher schleppenden Diskussion zur Psychiatriereform immer wieder Konzepte und Überlegungen auftauchen, die einer fortschrittlichen Reform diametral entgegenstehen. Auf einige der wesentlichen Punkte möchte ich hier kurz eingehen.

### 1) Tendenzen zur Kommunalisierung und Reprivatisierung

Bestehende Tendenzen große Bereiche der ambulanten Versorgung an die Gemeinden aus fiskalpolitischen Erwägungen zu delegieren, gehören aufgezeigt und bereits in ihren Anfängen kritisiert. Sie stellen nämlich zumeist den ersten Schritt für eine weitere Verschiebung psychosozialer Versorgungsaufgaben in die Verantwortlichkeit privater Institutionen dar. Solche Bestrebungen würden die Unterschiede in der Versorgungslage eher verstärken als ausgleichen und berücksichtigen auch nicht die Erkenntnis, daß psychosoziale Störungen gesamtgesellschaftlich bedingt sind und daher auch nicht kommunal gelöst werden können.

### 2) Selbsthilfe, Professionalismus

Das vorhandene Selbsthilfepotential der Bevölkerung darf nicht als Kompensation für Risse im sozialen Netz oder Schwächen der bestehenden Institutionen mißbraucht werden.

Weiters wird der Versuch einer kritischen Darstellung und Würdigung der traditionellen Bewältigungsversuche also der vorhandenen Versorgungseinrichtungen und vorherrschenden Behandlungsformen unternommen. Dabei wird vor allem auf die Mängel bzw. Chancen eingegangen, die im Konzept der Primärprävention liegen.

Im letzten Teil des Referates werden Kriterien skizziert, die für eine dringend erforderliche Strukturreform der psychosozialen Versorgung, welche nicht Kosmetik sein will, sondern an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert ist, als Richtlinien gelten können.

Weil wir der Meinung sind, daß die Art des Umgangs mit Außenseitern ein Maß für die Humanität der jeweiligen gesellschaftlichen Verhältnisse darstellt, erscheint uns die breite Öffentliche Diskussion dieser üblicherweise als Expertenprobleme behandelten Themen als wesentliche Botschaft unseres Referates.

## **B. Literatur**

BERGER; E.: "Krank - zur Krise der Medizin",  
Europaverlag, 1977.

DANZINGER, R. & LYON, G.: "Das Beratungszentrum für psychische und soziale Fragen in Graz", Wien.

FÖRSTER, R. & PELIKAN, J.: "Fortschreibung oder Strukturreform?"  
Soziale Sicherheit, 1978, 61-68.

FÖRSTER, R. & PELIKAN, J.: "Widersprüche und Tendenzen in der Versorgung psychischer Störungen"  
in: W. SCHÖNBACH ( HRSG. ): "Gesundheit im gesellschaftlichen Konflikt", Urban & Schwarzenberg, 1980, 245-269.

KRUPP, H.: "Zur politischen Produktionslogik eines realen Mythos, Gesundheits- und sozialpolitische Aspekte"  
Gemeindenähe Psychiatrie, Heft 1 & 2, 4-13.