

Aus dem Beratungszentrum für psychische und soziale Fragen  
8020 Graz, Griesplatz 27

---

Gert LYON

## **"Social Integration and Vocational Rehabilitation for persons with mental disabilities"**

Arbeitspapier zum  
International Expert Meeting

in Wien / Velm

vom 6. bis 11. Dezember 1991

---

### **Inhaltsverzeichnis**

1. Zur psychiatrischen Versorgung
2. Zur sogenannten Psychiatriereform in Österreich
3. Ungelöste Probleme der psychiatrischen Versorgung in Österreich
4. Zur sozialen Integration  
...Zur Arbeitsrehabilitation  
...Zum "betreuten Wohnen"
5. Die Tagesklinik im Beratungszentrum in Graz

### Verwendete Literatur

#### **1. Zur psychiatrischen Versorgung**

##### Einleitung

Psychosoziale Abweichungen werden zwar als Krankheit angesehen, stellen aber ein Stigma dar, daß mit vielfältigen sozialen Benachteiligungen verbunden ist. Psychisch kranke Menschen machen vielen mit ihnen Konfrontierten Angst, weil sie eine eigenartige Form der Bedrohlichkeit darstellen, weil sie grundlegende gesellschaftliche Regeln und Normen in Frage stellen und weil sie häufig nicht wie andere Patienten bereit oder in der Lage sind, der Krankenrolle zu entsprechen und sich selbst als hilfsbedürftig zu definieren und konsequent kompetente Hilfe aufzusuchen. Zahlreiche empirische Untersuchungen haben den Nachweis erbracht, daß die Diagnosen psychiatrischer Patienten aus unteren sozialen Schichten ungünstiger ausfallen, Behandlungs- und Betreuungsaufwand geringer ist, Hilfe leichter durch Kontrolle und Reha-Maßnahmen häufiger durch desintegrativ wirkende Maßnahmen (z.B. Invaliditäts Pensionen) substituiert werden, als bei Patienten aus sozialen Oberschichten.

Eine Psychiatrie der Ausgrenzung, Verwahrung und Desintegration, deren Symbol das Asyl ist, wird allmählich als veraltet und dysfunktional erkannt.

International sind in den letzten 15 Jahren:

- die Bettenzahlen der Psychiatrie gesunken
- die stationären Aufenthalte kürzer geworden
- die Zahl der Wiederaufnahmen gestiegen
- die Zahl der unfreiwilligen Hospitalisierungen gesunken
- die Anzahl der Fachärzte, Psychologen und anderer Berufe in der Psychiatrie gestiegen
- verschiedene Typen ambulanter Dienste zur Nachbetreuung, Prävention, Krisenintervention, Tagesklinik, Arbeitsrehabilitationseinrichtungen und geschütztes Wohnen wurden eingerichtet.

Diese Entwicklung wird üblicherweise als Psychiatriereform interpretiert.

## **2. Zur sogenannten Psychiatriereform in Österreich**

Die österreichische Psychiatrie rangierte in den genannten Indikatoren im Schlußfeld der Industriestaaten und war/ist geprägt vom tragischen Erbe der Nazizeit, von Ressourcenmangel und von geringem Interesse der Öffentlichkeit. Mit Verspätung ist auch in Österreich eine Reformbewegung in Gang gekommen, wenngleich eine Psychiatriereform im Sinn eines national übergreifenden koordinierten Programms oder Maßnahmenpakets nicht stattgefunden hat. In einer Studie über Sozialpolitik in Linz stellt E. TALOS, 1990, fest, daß die Psychiatriereform in Österreich im wesentlichen 3 Schwerpunkte aufweist:

- "Die Wiener Psychiatriereform, welche als die Reform gilt.
- Das Beratungszentrum Griesplatz in Graz als erste gemeinde psychiatrische Einrichtung in Österreich.
- Einzelne reformistische Korrekturen in verschiedenen Bundes ländern, ...."

Als erstes zukunftsweisendes ambulantes Modell für eine angemessene Betreuung

psychisch Erkrankter entstand bereits 1978 in Graz das Beratungszentrum für psychische und soziale Fragen. In fast allen Bundesländern wurden in der Folge ambulante sozialpsychiatrische Dienste eingerichtet, die von unterschiedlichen Vereinen und Rechtsträgern betrieben werden und auf unterschiedlichen Professionalitäts- und Organisationsniveaus beträchtliche Arbeit leisten. Diese Dienste sind z.T. mit multiprofessionellen Teams ausgestattet, betreiben neben vielfältigen psycho-sozialen Beratungen und Therapien manchmal auch Tageskliniken und Tagesstätten und kooperieren mit Angehörigen, Ehrenamtlichen und Selbsthilfegruppen. Viele dieser Einrichtungen sind finanziell und personell unzureichend ausgestattet.

Die umfangreichsten und am besten koordinierten Veränderungen wurden in Wien vorgenommen, wo 1979 vom Gemeinderat ein "Zielplan für die psychiatrische und psychosoziale Versorgung" beschlossen wurde.

(Grundsätze dieser Neuordnung waren u.a.:

"Allen Gruppen von psychisch Kranken, psychisch Behinderten und geistig Behinderten sollen persönlichkeits- und bedarfsgerechte Hilfen ( ....) unter Berücksichtigung, Einbeziehung, Erhaltung und Förderung ihrer Eigenkompetenzen und der ihrer Angehörigen zur Verfügung stehen.

Psychisch Kranke sollen bezüglich der Vorhaltung, Differenzierung und Ausstattung von Hilfen ihres Bedarfs mit den anderen Gruppen von Patienten gleichgestellt werden. Der Zugang bzw. Übergang zu den jeweils bedarfsentsprechenden Hilfen ist durch eine geeignete Versorgungsstruktur sicherzustellen" (S. RUDAS, 1986)

Im stationären Bereich haben die "harten", vorwiegend kontrollierenden Reaktionen der Psychiatrie auf abweichendes Verhalten abgenommen, die sanfter kontrollierenden, helfend-integrativen Ansätze sind gewachsen. In jüngster Zeit sind aber auch gegenläufige Tendenzen erkennbar, wie z.B. der zunehmende Rückgriff auf die Methode des E-Schocks.

Es kam in den letzten 10 Jahren zum Abbau von Betten und zur Abnahme von Zwangseinweisungen. Differenzierungen der Versorgungsangebote (z.T. nach dem Sektorprinzip etwa in Salzburg, Wien und der Steiermark, z.T. nach diagnostischen Kriterien, etwa in Kärnten) und Demokratisierungen in den psychiatrischen Großkrankenhäusern sind vorgenommen worden. 2 gesetzliche Innovationen haben die Situation entscheidend verbessert:

- mit der Reform der Entmündigungsordnung durch das Sachwaltergesetz und
  - der Reform der gesetzlichen Grundlagen von Zwangseinweisung und
  - Behandlung durch das Anhaltegesetz
- werden die Grundrechte psychiatrischer Patienten besser geschützt.

### **3. Ungelöste Probleme der psychiatrischen Versorgung in Österreich**

1) Kraß unterversorgt sind nachwievor die meisten ländlichen Regionen. Umfassende, flächendeckende Transformationen im Sinn einer Strukturreform sind nur in wenigen Bundesländern bzw. Regionen vorgenommen worden.

2) In der Folge der Ungleichheit und zunehmenden Unübersichtlichkeit der Versorgungsangebote profitieren bestimmte Gruppen von Psychatriepatienten, wie die alten und chronischen Patienten, die z.T. in Alten- und Pflegeheime überstellt wurden, besonders wenig von den Innovationen oder müssen gar eine Verschlechterung des Versorgungsniveaus und der Lebensqualität in Kauf nehmen.

3) Weiterhin hemmend wirksam bleibt in Österreich eine sozial- und versicherungsrechtliche Diskriminierung psychisch kranker Menschen (ASVG, Asylisierung von Langzeitpatienten; etwa halbe Tagsätze in Heil- und Pflegeanstalten gegenüber Allgemeinkrankenhaus-Tagsätzen), ebenso die polizei- (un-)rechtliche Diskriminierung psychisch Kranker durch die Geisteskrankenkartei beim Innenministerium.

4) Unverändert bleibt weiterhin der Kompetenzendschub bzw. die Zersplitterung politischer und bürokratischer Kompetenzen in Soziales, Gesundheitswesen, Wissenschaft/Forschung, Vorsorge, Behandlung und Rehabilitation.

5) Ein als Datennotstand zu bezeichnender Mangel an praxisrelevanter Forschung (es gibt keine, wie etwa in der BRD durchgeführte, Enquete zur Lage der psychiatrischen Versorgung in Österreich) und mangelhafte Dokumentation der wertvollen Arbeit der einzelnen Initiativen führt zu Unübersichtlichkeit und verhindert ein planvolles Vorgehen bei weiteren Reformschritten.

6) Erhebliche Mängel in der Aus- und Fortbildung aller in der Psychiatrie arbeitenden Berufsgruppen und insbesondere die Dominanz des naturwissenschaftlichen Paradigmas in der Ärzteausbildung behindern die Reformentwicklung. Ein seit 1991 gültiges Psychologen- und Psychotherapiegesetz hat zwar das ärztliche Behandlungsmonopol relativiert; die von den Krankenkassen zu finanzierende Psychotherapie für breite Bevölkerungsschichten wird aber nach heftigen Kämpfen der Ärztevertreter erneut mit einer ärztlichen Untersuchungsverpflichtung junktimiert.

#### Forderungen:

- Bedarfserhebung und Begleitforschung
- Kompetenzklärung in politischer und bürokratischer Hinsicht auf Bundes-, Länder- und Gemeindeebene
- sozial- und versicherungsrechtliche Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken
- Verbesserung der Aus- und Fortbildung

#### **4. Zur sozialen Integration**

Soziale Integration psychisch kranker Menschen ist praktisch identisch mit dem Ziel der gemeindenahen ambulanten Reforminitiativen. Als sozial gut integriert kann jemand gelten, der eine angemessene Wohnung hat, in einem Arbeitsverhältnis steht, über ausreichende finanzielle Mittel verfügt, um am gesellschaftlichen und kulturellen Leben teilnehmen zu können und der mit anderen Menschen in bedeutungsvollen Beziehungen steht.

## 4.1. Zur Arbeitsrehabilitation

Die durchaus nicht idyllische sondern harte, jedoch jahrtausende lang stabile Form menschlichen Lebens und Produzierens in landwirtschaftlichen und handwerklichen Großhaushalten, zu denen natürlich Behinderte, psychisch Kranke und Alte gehörten, wurde durch die marktwirtschaftlich organisierte Industrialisierung um 1800 wie ein Urknall in drei Segmente zerschlagen:

- Arbeit (Produktion)
- Familie (Reproduktion)
- soziale Institutionen (für "unproduktive" Gruppen von Menschen)

Die Industrialisierung ersetzte die vorindustrielle Solidarität der Starken mit den Schwachen zum Zweck eines störungsfreien Produktionsablaufs durch den Sozialstaat. Der Staat transferiert Steuergelder in Sozialeinrichtungen, und um den Verdacht der Begünstigung von "Sozialschmarotzern" und "Faulpelzen" zu entkräften verknüpft er die Verteilung der Sozialleistungen an mehr oder minder erniedrigende Kontrollen.

Alle mit sozial Schwachen und Randgruppen Arbeitenden agieren im Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle / von Heilen und Herrschen.

Arbeitsrehabilitation von psychisch kranken Menschen ist ein Aspekt der "sozialen Frage":

- was tun mit den unproduktiven Leistungsschwachen
- was machen wir mit denen, die nicht geeignet sind in den Fabriken zu arbeiten, weil ihnen die Berechenbarkeit des Verhaltens, Pünktlichkeit, Regelmäßigkeit und Befähigung zur monotonen Arbeit abgeht.

Altenheime, Waisenhäuser, Gefängnisse, Obdachlosenasyile, psychiatrische Anstalten waren die traditionellen sozialstaatlichen Antworten. In den Anstalten wurde/wird Beschäftigungstherapie zur Kostenreduktion, zur Anpassung und Kontrolle und zur Symptomreduktion angewandt.

In der Nazizeit wurde Arbeitswert mit Lebenswert gleich gesetzt und nach dem Motto "wer nicht arbeitet soll auch nicht essen" konsequent vorgegangen. Psychiatrische Diagnosen kamen nach einer Phase des allmählichen Aushungerns (1942 "Halbierungserlaß") später einem direkten Todesurteil gleich (Aktion T4).

Maxwell JONES, einer der Pioniere der psychiatrischen Arbeitsrehabilitation, definiert 1952 in einer Publikation der WHO ("rehabilitation in psychiatry"):

Rehabilitation ist "ein bestimmter Aspekt des Prozesses der Anpassung an oder der Wiedererholung von einer Erkrankung (sic!).

Therapie kann jedes Eingreifen genannt werden, daß darauf abzielt diesen Prozeß zustande zu bringen oder zu beschleunigen.

Der Begriff der Rehabilitation hat die Bedeutung bekommen, die soziologischen Aspekte des Wiedereingliederungsprozesses zu beschreiben, obwohl es keinen Grund dafür gibt diesen Aspekt derart abzutrennen. ( ... )

(Rehabilitation) kann als Versuch angesehen werden, den Patienten mit der bestmöglichen gesellschaftlichen Rolle auszustatten, die ihm ermöglicht, das Maximum an Aktivität zu erreichen, das seiner Persönlichkeit und seinem Interesse angemessen ist und zu dem er fähig ist."

Ergebnisse von Langzeitstudien belegen, daß die entscheidende Verbesserung der schizophrenen Grundstörung durch die Reduktion der Zeit bewirkt wird, die der Patient mit Nichtstun verbracht hatte.

Nach K. DORNER, 1989, sollte ein Arbeitsplatz, der zur beruflichen Rehabilitation und Integration psychisch kranker Menschen geeignet ist, folgende Merkmale aufweisen:

- dauerhaft, sicher, schützend, entlastend
- flexibel auf Stimmungs- und Leistungsschwankungen der psychisch kranken Menschen eingehen können
- ein therapeutisch wirksames Gefälle zwischen den Mitarbeitern aufweisen
- vom Betriebsklima her positiv sein
- Nähe und Distanz ermöglichen
- das Ausleben psychischer Krisen erlauben und verkraften können

Arbeit ermöglicht:

- soziale Identität
- Selbstbestätigung
- soziale Integration
- Strukturierung des Lebens
- Partizipationsmöglichkeiten am kulturellen Leben
- mit der Entlohnung Teilnahme am Konsum

Arbeitslosigkeit führt zu:

- Verlust von Geld
- "- regelmäßigen Aktivitäten
- "- Rollen- und Statusidentität
- "- Anerkennung durch die Gesellschaft
- "- Partizipationsmöglichkeiten am sozialen, kulturellen und politischen Leben
- "- sozialer Erfahrung in einem Bereich, der emotional geringer belastet ist als das Familienleben
- "- der Freizeitstruktur
- regressiven Veränderungen der Wirklichkeitserfahrung
- Einengung, Passivität und Selbstwertverlust
- Erwartungs- und Hoffnungslosigkeit
- Depressivität und Suizidalität

In Österreich ist berufliche Rehabilitation psychisch kranker Menschen erst in der zweiten Hälfte der 80er Jahre ein Thema. Arbeitsberatungszentren und Arbeitstrainingzentren werden allmählich in allen größeren Städten eingerichtet.

Die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen für den Bereich der Arbeitsrehabilitation sind:

1) das Behinderteneinstellungsgesetz -  
ein Bundesgesetz -

von den praktisch in der Reha arbeitenden Helfern wird es weit gehend als unbrauchbar qualifiziert, weil es auf lebenszeitlich behinderte Menschen zugeschnitten ist und somit kaum auf psychisch Behinderte anwendbar; dies deshalb, weil psychische Krankheit durch Diskontinuität des Verlaufs und häufigen Wechsel zwischen mehr oder minder symptomfreien Intervallen einerseits und andererseits Phasen, Schüben oder Episoden von Erkrankungen, welche die Arbeitsunfähigkeit stark reduzieren bis völlig einschmelzen, gekennzeichnet ist. Dieses Gesetz kennt nur eine medizinisierte in %-Zahlen quantifizierende Einstufung von Behinderung und zieht als wesentliches Kriterium psychischer Behinderung die Feststellung des IQ heran.

Von dem zur Einstellung Behinderter über dieses Gesetz verpflichteten Unternehmen entzieht sich etwa die Hälfte in Österreich durch Bezahlung einer gesetzlich vorgesehenen geringen Ausgleichstaxe.

2) das Behindertengesetz -

ein Ländergesetz, das je nach Bundesland sehr unterschiedlich gestaltet ist und unterschiedlich gehandhabt wird (in Vorarlberg z.B. besteht Rechtsanspruch auf die Rehabilitation nach dem Behindertengesetz und es ist auch Anonymität möglich!) - von den praktisch tätigen Reha-Beratern wird dies als flexibler eingeschätzt, weil es differenziertere Möglichkeiten gibt:

es kennt a) Eingliederungshilfen

- b) geschützte Arbeit

Eingliederungshilfen in der Steiermark z.B. BFZ-Kapfenberg, LBZ-Andritz, Jugend am Werk;

Geschützter Arbeitsplatz: arbeitsplatzspezifische und personenbezogene Einschätzung der Minderleistung nach Probemonat.

Auch bei diesem Gesetz besteht die Problematik darin, daß die Voraussetzung dafür in den Genuß der Unterstützung zu kommen, an einen stigmatisierenden Prozeß der Anerkennung gebunden ist.

Das Anerkennungsverfahren: Teamsitzung z.B. im Magistrat Graz mit Sozialarbeiter, Jurist, Arzt, Arbeitnehmervertreter.

3) das Arbeitsmarktförderungsgesetz -

ein Bundesgesetz, das über die Landes- und die regionalen Arbeitsämter durchgeführt wird -

es ist das flexibelste und für die Gruppe psychisch Kranker am besten geeignete Gesetz.

Die Berater der Reha-Abteilung stellen die Behinderung fest, das Stigmatisierungsgrad ist am geringsten und reversibel! Dieses Gesetz sieht unterschiedliche Hilfen zum Berufseinstieg vor. In der Regel auf 1 Jahr begrenzt werden verschiedene Maßnahmen finanziert, wie etwa Umschulungen, Ausbildungen, Berufsorientierungs- und Berufsfindungskurse, sowie Initial- und Transitarbeitsplätze.

Wenn wir von Arbeitsrehabilitation sprechen, ist zugleich immer die allgemeine Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik mit im Spiel.

Das Wirtschaftsforschungsinstitut prognostiziert für Österreich für die Jahre 1991 und 1992 - niedrigeres Wirtschaftswachstum - geringere Beschäftigungszuwächse - Ansteigen der Arbeitslosenrate (auf 6 und mehr %)

Vor diesem Hintergrund verschärft sich die strukturelle Ungleichheit am Arbeitsmarkt und es kommt zu negativen sozialen Auswirkungen wie Langzeitarbeitslosigkeit und instabilen Beschäftigungskarrieren von unzureichend qualifizierten Arbeitskräften, von älteren Menschen, von Frauen, von Ausländern und von psychisch Kranken.

Jüngere Entwicklungen der Arbeitsmarktpolitik lassen einschneidende Kürzungen der finanziellen Mittel erkennen. Mit den Ausgaben für die aktive Arbeitsmarktpolitik von nur 0,28% des Bruttoinlandsproduktes (BIP) liegt Österreich im internationalen Vergleich der OECD-Länder im Schlußfeld! War in den 70er Jahren Vollbeschäftigung das erklärte sozial- und gesundheitspolitische Ziel, so ist spätestens seit den Bemühungen um eine EG-Mitgliedschaft Österreichs die Budgetkonsolidierung oberstes Ziel. Eine sogenannte Sockelarbeitslosigkeit von über 5% wird jetzt in Kauf genommen. Krankengelder, Arbeitslosen- und Notstandsunterstützungen werden schärfer kontrolliert. Bei sozialpolitischen innovativen Projekten, Kursgeldern, Umschulungs- und Ausbildungsmaßnahmen wird gespart. Diese Sparpolitik trifft sozial Schwache am härtesten. Arbeitsrehabilitationsprojekte wie Arbeitsberatungszentren und -trainingszentren für psychisch Kranke werden zunehmend ausgehungert, sodaß deren Initiatoren sich fragen:

"Wie sinnvoll sind berufliche Reha-Bemühungen, wenn die Chancen einer Wiedereingliederung aufgrund der Arbeitsmarktsituation und des Technologiewandels so gering sind, daß für höchstens 1 Drittel der psychisch Kranken eine Chance besteht?" (Ch. Rachbauer, Linz 1989)

Ca. 25% der Bevölkerung in Österreich weist eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung auf.

Ca. 60% aller Arbeitslosen in Österreich leiden an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung.

Erwachsene Psychatriepatienten nach der Entlassung:

- 27% kehren auf ihren alten Arbeitsplatz zurück
- 20% gehen in die Früh- oder Arbeitsunfähigkeitspension
- 3% nehmen eine berufliche Reha-Maßnahme in Anspruch

Neurose oder Psychose als Ursache einer Berufsunfähigkeitspension:

- bei Arbeitern 6,3%
- bei Angestellten 11,0%

Es gibt 930 Plätze für Behinderte in geschützten Werkstätten, davon 10% (= 93) für psychisch Behinderte.

Ein großes Problem der Arbeitsrehabilitation besteht ähnlich wie bereits für die



gesamte psychiatrische Reformbewegung beschrieben, in der Uneinigkeit über die Zuständigkeiten, in der Aufsplitterung der Kompetenzen. Auf Bundesebene sind verschiedene Ministerien, auf Landesebene verschiedene politische Ressorts jeweils nur teilweise zuständig.

#### **4.2. Zum "betreuten Wohnen"**

In ganz Westeuropa gerät die Wohnungspolitik in eine ernste Krise. Vor allem in den Großstädten gelingt es immer weniger, die Bedürfnisse nach qualitativ annehmbarem und leistbarem Wohnraum zu befriedigen.

Ursachen dafür liegen:

- in einem irrationalen Glauben an die Kräfte des Marktes, die den Wohnungsmarkt zu einem Spekulationsfeld sondergleichen gemacht haben.
- in einem Wandel der Wohnbaupolitik, weg von der Auffassung sozial benachteiligte Schichten der Bevölkerung mit ausreichend Wohnraum zu versorgen (wie z.B. im Wien der Zwischenkriegszeit) hin zu einer an Mittelschichtstandards orientierten Subjektförderung (Genossenschaftswohnbau).

Damit erhöht sich die "Eintrittsschwelle" zum Wohnungsmarkt, welche soziale Außenseiter nicht mehr überwinden können.

- in einer als Atomisierung zu bezeichnenden Entwicklung der Familienstruktur, die dazu geführt hat, daß die Ein-Personen-Haushalte in einigen Städten bereits 40 bis 50% ausmachen.
- Verkürzung der Arbeitszeit, Individualisierung der Freizeit und sich verändernde Konsumstile führen zur Tendenz zu mehr und intensiver genutztem Wohnraum. Das gilt im verstärktem Maß für Außenseiter (Behinderte, Arbeitslose u. a.), die vergleichsweise mehr Zeit in ihren Wohnungen verbringen.

Der Begriff therapeutische Wohngemeinschaft ist eine Sammelbezeichnung für eine Vielfalt von betreuten Wohnformen, die sich hinsichtlich ihrer Betreuungsintensität und Zielsetzung unterscheiden:

##### 1) Therapeutische Wohngemeinschaften

Sie haben ein strukturiertes Tages- und Therapieprogramm. Die Rehabilitation des Klienten steht im Mittelpunkt der Bemühungen. Die Aufenthaltsdauer ist zeitlich begrenzt. Solche Wohngemeinschaften eignen sich unter anderem für psychisch erkrankte Jugendliche, für Drogenabhängige, für Alkoholranke und für schizophrene Patienten.

##### 2) Professionell betreute Wohngemeinschaften

Tägliche oder wöchentliche Kontakte in der WG haben meist zum Ziel, daß sich die Bewohner besser fühlen, daß stationäre Aufenthalte verringert oder verkürzt werden, daß die Selbstverantwortlichkeit steigt und Selbstversorgung gelernt wird. Diese Wohngemeinschaften können als Dauereinrichtungen oder als Übergangseinrichtungen konzipiert sein.

##### 3) Betreutes Einzelwohnen

Diese Wohnform kommt dem "normalen" Wohnen am nächsten.

##### 4) Betreuer und Betreute wohnen gemeinsam

Diese Art der WG entspricht eher einem "antipsychiatrischen" Grundsatz und wird vorwiegend für jüngere Bewohner von den Diagnosegruppen Abhängigkeit und Verwahrlosung angebracht sein.

#### 5) Autonome Wohngemeinschaften

Solche WG's werden zunächst von den Helfern initiiert, anfangs unterstützt, später aber nicht mehr betreut.

### **Anzahl der Plätze in Übergangwohnheimen und Wohngemeinschaften für psychisch kranke Menschen in Österreich (1990)**

<u>Land</u>	<u>Anzahl der Plätze</u>
Wien	44
Niederösterreich	36
Oberösterreich	96 (30 in Vorbereitung)
Salzburg	47 (2 ÜWH in der Klinik)
Kärnten	29
Tirol / Osttirol	70-80
Vorarlberg	80 (ca. 30 in 3 Wohngruppen in der Klinik)

Die Gesamtzahl der Plätze betreuter Wohnmöglichkeiten im außerstationären Bereich in Österreich kann auf etwa 600 geschätzt werden.

## **5. Die Tagesklinik im Beratungszentrum in Graz**

### Definition und Funktion der Tagesklinik

Tagesklinien werden zu teil- oder halbstationären Therapieeinrichtungen gerechnet, d.h. sie bieten einem Krankenhaus vergleichbare Möglichkeiten. Die Patienten sind jedoch nur 5 Tage in der Woche und eine begrenzte Zeit - in Graz täglich von 9 bis 16 Uhr -, anwesend.

Zur Funktion der TK wird heute übereinstimmend angegeben (GLASCOTE 69, FINZEN 77, VELTIN 86), daß die tagesklinische Behandlung dient:

1. der Alternative zur stationären Behandlung bei akuten Krisen
2. zur Nachbetreuung von Patienten nach einem stationären Aufenthalt im Sinne einer Übergangseinrichtung
3. zur Behandlung primärer und sekundärer Krankheitsschäden bei chronisch Kranken, als erste Stufe weiterer Rehabilitationsmaßnahmen.

Während in der Grazer TK in den Anfängen das Hauptanliegen in der Reintegration chronisch hospitalisierter Patienten lag, kam es in den späteren Jahren zu einer Verlagerung des Schwerpunktes in Richtung Vorsorge und Vermeidung stationärer Aufenthalte.

Die Zuweisung in die TK erfolgte in den Anfängen hauptsächlich über das Landesnervenkrankenhaus, dzt. vermehrt direkt über die ambulante Beratung.

### Das therapeutische Konzept der Tagesklinik in Graz

Unsere Tagesklinik versteht sich sowohl als Kriseninterventions- wie auch als Rehabilitationstagesklinik. Die Arbeit stellt eine Synthese von Sozialrehabilitation und Psychotherapie dar. Dabei spielt die ARBEITSREHABILITATION eine große Rolle - diese wird vor allem von der Beschäftigungstherapie, der Arbeitsberatung (in enger Zusammenarbeit mit dem Arbeitsberatungszentrum und dem Arbeitstrainingszentrum) und Vermittlung getragen. Sowohl in der Beschäftigungstherapie wie auch durch das strukturierte Tagesklinikprogramm insgesamt soll eine arbeitsähnliche Situation in einem geschützten Klima - hergestellt werden. Dabei ist wichtig, die spezifische Situation des Einzelnen zu berücksichtigen, die Grenzen zwischen Unter- und Überforderung gemeinsam auszuloten, ein Maß zu finden zwischen notwendiger Stützung und zumutbarer Belastung.

Je nach Ausgangssituation des Klienten wird in der Beschäftigungstherapie Wert darauf gelegt

- Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten aufzubauen,
- Teilleistungsfähigkeiten wie z.B. Ausdauer und Konzentration zu verbessern,
- mehr Spannungen auszuhalten u.s.w.

Werden die hergestellten Produkte auch noch verkauft - wie z.B. Musikinstrumente am Kunstmarkt u.v.a. mehr - steigert dies meist die Motivation in der BTH. Von der Industriearbeit im Rahmen der BTH sind wir aufgrund negativer Erfahrungen abgekommen.

**PSYCHOTHERAPIE:** die psychotherapeutische Arbeit vollzieht sich sowohl in der Einzelarbeit wie auch in der Therapiegruppe und der familienähnlichen Struktur der therapeutischen Gemeinschaft. Die Betreuer stellen dabei eine Art "Ersatzfamilie" dar, - Qualitäten wie Wärme, Geborgenheit, Ermutigung zur Initiative und Tolerieren der Regression sind genauso erforderlich wie das Wiederherstellen einer Vertrautheit mit der Realität, ohne diese Realität aufzudrängen.

**AKTIVIERUNG:** Tageskliniken werden immer wieder mit Lebensschulen verglichen. Gerade bei lang hospitalisierten Patienten müssen verschiedene Fähigkeiten - wie Umgang mit Geld, Einkaufen, Ämterbesuche, etc. wieder erlernt werden. Es soll dem Einzelnen beigegeben werden, sich wieder so weit wie möglich selbständig in der Gesellschaft zurechtzufinden. Dabei haben sich vor allem auch die Reisen und die Ausflüge sehr bewährt. Dreimal jährlich finden einwöchige Reisen statt (davon einmal ins Ausland), 14-tägig ein Tagesausflug - daran beteiligen sich neben den TK-Teilnehmern auch andere ambulant betreute Klienten und freiwillige Helfer.

**ZUM TK-PROGRAMM ERGÄNZEND:** vierwöchentlich findet regelmäßig eine Medikamentenbesprechung statt, in der es vor allem um die Aufklärung über Wirkung und Nebenwirkung der Psychopharmaka, um die Entwicklung von Eigenverantwortung und die Motivation und Förderung eines kritischen Umgangs mit diesen Medikamenten geht. Ebenfalls vierwöchentlich findet eine Sozialgruppe zur Information über soziale und rechtliche Fragen statt. Die Programmpunkte

Musiktherapie, Schwimmen, Großgruppe und Cafeteria, Bewegungstherapie, Theatergruppe und Ausflug bzw. Kochen werden als "offene Veranstaltung" angeboten, d.h. es nehmen außer den Tagesklinikteilnehmern auch Klienten aus dem ambulanten Bereich daran teil.

In einer WÖCHENTLICHEN TAGESKLINIKBESPRECHUNG für die Mitarbeiter an der sowohl das TK-Team wie auch die Bezugstherapeuten und wenn möglich die Therapiegruppenleiter (jeweils ein Mann und eine Frau aus dem Nicht-TK-Team) teilnehmen - werden neue TK-Klienten, TK-Indikationen, Aktuelles besprochen und Informationen zusammengetragen, koordiniert. Dabei zeigt sich gerade in diesen Besprechungen der Vorteil eines multiprofessionellen Teams bei der Betreuung von psychotischen Patienten. HELD, 1979, "Die Mitarbeiter so eines Teams können die nötige Standfestigkeit und Flexibilität zur Verfügung stellen, um in psychotischen Krisen als 'Behältnis' des versprengten Ichs zu dienen."

[TK-PROGRAMM]

### **Verwendete Literatur:**

M. COPONY: Die Tagesklinik als integraler Bestandteil einer gemeindepsychiatrischen Einrichtung  
unveröffentlichtes Manuskript, Graz 1991

K. DÖRNER: Arbeit für alle macht das Sozialsystem überflüssig  
in: K. Dörner und L. Walczak (Hrsg.), Landschaftspflege, Aufhebung der Psychiatrie in der Kommune, Verlag Jakob von Hoddis, Gütersloh 1991

CH. FLECK: "Wohnen und Politik"  
in: Gemeindenahe Psychiatrie, 6.Jg., Heft 4, 1984

R. FORSTER: Wo steht die "Psychiatriereform"?  
in: R. Forster und J.M. Pelikan, Psychiatriereform und Sozialwissenschaft, Facultas-Verlag, Wien 1990

GLEIS, SEIDEL, ABHOLZ: "Soziale Psychiatrie"  
Zur Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung, Frankfurt, 1973

U. MEISE, F. HAFNER, H. HINTERHUBER (Hrsg.): Die Versorgung psychisch Kranker in Österreich, Springer-Verlag, Wien 1991

CH. RACHBAUER: Arbeits- und Beschäftigungsmodelle in Österreich, in:  
Gemeindenahe Psychiatrie 3/4/89, Zeitschrift der Österr. Gesellschaft für Gemeindenahe Psychiatrie, 10.Jg., Nr. 32

E. SCHULLER: "Wege für psychisch Erkrankte" - Betreute WG's für psychisch Erkrankte, unveröffentlichtes Manuskript, Graz, Dez. 1990