

PSYCHISCHE STÖRUNGEN:
KARRIEREPROZESS UND VERSORGUNGSSYSTEM

Drei Beiträge zur Soziologie
der Psychiatrie

von
Rudolf FORSTER und Jürgen M. PELIKAN

Forschungsmemorandum No.124

Dezember 1977

Forschungsschwerpunkt Medizinsoziologie
Abteilung Soziologie

ABSTRACT

Dieser Bericht enthält drei Aufsätze zum Problem der Versorgung psychischer Störungen unter besonderer Berücksichtigung der österreichischen Situation. Im ersten Kapitel wird ein soziologisches Karrieremodell eingeführt, das es erlaubt, somatische, psychische und soziale Aspekte der Entstehung, Verteilung und Versorgung psychischer Störungen zu integrieren.

Im zweiten Kapitel wird auf der Basis österreichischer Materialien, ergänzt durch Ergebnisse empirischer Untersuchungen in anderen Ländern, eine Gegenüberstellung der Entwicklung und des status quo von Versorgungsbedarf und Versorgungsangebot erarbeitet.

Im dritten Kapitel wird eine Systematisierung der in der internationalen Reformdiskussion über psychiatrische Versorgung vorherrschenden Prinzipien und Modelle versucht. Unter Berücksichtigung dieser Prinzipien, der Analyse im Kapitel II und der Kritik an österreichischen Reformansätzen wird ein alternatives Reformmodell für Österreich entwickelt.

This research memorandum consists of three papers concerning the problem of psychiatric care with special reference to the Austrian situation. In the first part a career-model is introduced, which allows the integration of somatic, psychic, and social aspects in the genesis, distribution and treatment of psychiatric disorders.

In the second part the gap between needs for help and the supply of services is examined. A description of the status quo and of the historical changes is based both upon Austrian materials and essential empirical investigations in other countries.

In the third part a systematic outline of the international discussion on the principles of modern psychiatric care is given. Considering these principles, the analysis of part two and a critique of Austrian reform-approaches an alternative reform-model is developed.

INHALTSÜBERSICHT

Vorwort	i
I. Krankheit als Karriereprozeß: Zur Entstehung, Verteilung und Versorgung psychischer Störungen	1
II. Widersprüche und Tendenzen im System der Versorgung psychischer Störungen	31
III. Fortschreibung oder Strukturreform ? Ein Beitrag zur Reformdiskussion der psychiatrischen Versorgung in Österreich	65
Literaturverzeichnis	91

Ein detailliertes Inhaltsverzeichnis findet sich am
Beginn jedes Kapitels.

VORWORT

In den letzten Jahrzehnten sind - international gesehen - die aus dem 19. Jahrhundert überkommenen Strukturen der traditionellen psychiatrischen Versorgung immer stärker in Frage gestellt worden.

Anlaß und Gegenstand der Kritik ist die langjährige Absonderung einer großen Zahl von Patienten in abgelegenen, menschenunwürdigen Asylen. Innerhalb dieser führen personelle und materielle Unterausstattungen zum Vorherrschen von Verwahrung und medikamentöser Kontrolle als "Behandlungsformen". Für die Patienten resultieren daraus häufig zusätzliche Hospitalismusschäden.¹⁾ Neben dieser Masse von "fehlversorgten" Patienten gibt es eine noch größere Zahl von Menschen mit leichteren und unauffälligeren psychischen Leiden, die weitgehend sich selbst überlassen sind.

Konsens besteht über die Prinzipien einer alternativen psychiatrischen Versorgung: Notwendig sind eine gemeindenahе Organisation der Versorgungseinrichtungen und eine bedürfnisgerechte Differenzierung des Behandlungsangebotes.

In einzelnen Ländern wurde eine grundlegende Reform der psychiatrischen Versorgung in Angriff genommen.²⁾

In Österreich ist diese Entwicklung erst am Beginn, die Notwendigkeit der Veränderung der psychiatrischen Versorgung wird jedoch zunehmend zu einem öffentlichen Thema.

In den Massenmedien sind die sichtbarsten Mängel aufgegriffen und zum Anlaß kritischer Berichte gemacht worden.³⁾

In der politischen Programmatik der Großparteien herrscht ein zwar übereinstimmendes, jedoch bisher folgenloses Bekenntnis zu sozialpsychiatrischen Zielvorstellungen. Im politisch-administrativen Bereich gibt es vereinzelte Absichtserklärungen für planende Eingriffe⁴⁾ und gegenüber den Patienten und ihren Angehörigen beschönigende Beschwichtigungsversuche.⁵⁾ Bei einem Teil der direkt Betroffenen ist es zu ersten Organisationsversuchen und Initiativen gekommen.⁶⁾

Stark unterentwickelt ist die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Entstehung, Verbreitung und Versorgung psychischer Störungen in Österreich. Neben der Rezeption ausländischer Reformmodelle ⁷⁾ gibt es nur wenige empirische Untersuchungen der österreichischen Realität ⁸⁾.

In dieser Situation stellt die vorliegende Arbeit einen Beitrag zur Diskussion von drei grundsätzlichen Problemen der psychiatrischen Versorgung dar:

Kapitel I

zur notwendigen Erweiterung des vorherrschenden, organisch verengten Krankheitsverhältnisses durch die Entwicklung eines umfassenden Paradigmas, in dem somatische, psychische und soziale Momente gleichermaßen berücksichtigt werden können.

Kapitel II

zur ausstehenden kritischen Deskription des österreichischen psychiatrischen Versorgungssystems. Diese wird auf dem Hintergrund der sozialwissenschaftlichen Erkenntnisse über Entstehung, Verteilung und Behandlung psychischer Störungen anhand der allerdings begrenzten und mangelhaften österreichischen Datenlage versucht.

Kapitel III

zur Weiterführung von österreichischen Planungsansätzen im Bereich der psychiatrischen Versorgung. Dazu wird eine Charakterisierung der internationalen Reformdiskussion und der vorliegenden österreichischen Reformmodelle vorgenommen.

Die vorliegenden Aufsätze sind zwar jeweils für aktuelle Anlässe entstanden, jedoch einer einheitlichen und durchgängigen Perspektive verpflichtet. Aus diesem Grund erscheint eine gemeinsame Publikation gerechtfertigt und sinnvoll. ⁹⁾

Wir danken Frau Gertraud Linshalm für das Schreiben, Frau Monika Herkner für die Durchsicht und Frau Rosina Auner für die Vervielfältigung des Manuskriptes.

Anmerkungen:

1) Zusammenfassend vergleiche:

Für die Situation in den USA:

I. BELKNAP, Human Problems of a State Mental Hospital, New York, 1956

E. GOFFMAN, Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates, New York, 1961

Zur Lage in Großbritannien:

R. BARTON, Institutional Neurosis, Bristol, 1959

Zur Kritik an Italiens Anstaltsversorgung:

F. BASAGLIA, L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico, Torino, 1968

Zur Kritik der Asyle in Frankreich:

A. ROUMIEUX, Je travaille à l'asile d'aliénés, Paris, 1974

Zu den Zuständen in den Psychiatrischen Krankenhäusern der BRD:

F. FISCHER, Irrenhäuser - Kranke klagen an, München 1969

Zwischenbericht der Sachverständigenkommission, Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD, Bonn, 1973

2) In den USA:

1955: Einberufung einer "Joint Commission on Mental Illness and Health"

1960: Vorlage des Endberichtes: "Action for Mental Health"

1963: Botschaft J.F.Kennedy's an Senat und Abgeordnetenhaus

1964: "Community Mental Health Centers Act" verabschiedet

in Großbritannien:

1948: Einführung des "National Health Service"

1953: Einberufung einer Royal Commission on the Law relating to Mental Illness and Mental Deficiency

1957: Vorlage des Endberichts

1959: Verabschiedung des "Mental Health Act"

in Frankreich:

1960: "Politique de secteur" eingeleitet durch den "Circulaire du 15 mars 1960"

Bis 1973 sind in 68 von 95 Departments Sektoren eingerichtet worden.

in der BRD:

1971: Antrag im Bundestag auf Erstellung einer "Enquete über die Lage der Psychiatrie in der BRD" durch eine Sachverständigenkommission

1973: Vorlage eines Zwischenberichtes

1975: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der
in der Bundesrepublik Deutschland

3) Zeitschriften:

"Wahnsinn von Innen", Profil, 5, 1976

"Tagebuch eines Irrenwärters", Profil, 22, 1976

"Entmündigung - nicht angepaßt", Profil, 44, 1977

"So einfach wird man in Österreich entmündigt: Ein
Rest vom Untertanenstaat", Extrablatt, Nr. 3, 1977

TV:

Teleobjektiv-Sendung über Psychiatrie in Österreich (April 1976)

Prisma-Sendung über die psychiatrische Krankenversorgung
in Wien und Triest (April 1977)

- 4) "Im Mittelpunkt der Mensch", Humanprogramm der SPÖ, Wien,
1969, S. 40 - 42

"Lebensqualität", ÖVP, Plan 1, 1973, S. 44 - 47

Gründung eines "Psychohygienebeirates" am Bundesministerium
für Gesundheit und Umweltschutz, 1975

Krankenanstaltenplan Teil B: Langzeit- und Sonderversorgung,
Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz, 1976

Enquete über die psychiatrische Krankenversorgung in Wien,
Mai 1977

- 5) "Der Patient im Psychiatrischen Krankenhaus", Merkblatt
für psychisch erkrankte Personen und deren Angehörige,
Hrsg. Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz, 1976

- 6) Gründung der Arbeitsgemeinschaft "Demokratische Psychiatrie",
1976, u.a. Initiative zur Abschaffung der Geisteskrankenkartei.

- 7) Rezeption von Reformansätzen v.a. durch die österreichische
Gesellschaft für Psychohygiene, Veranstalter der Konferenz
"Psychiatrie im Aufbruch", Wien, 1973 und anderer Tagungen.

Vortragsreihe (mit ausländischen Referenten) des Instituts
für Höhere Studien, des Instituts für Tiefenpsychologie und
der Abteilung für Sozialpsychiatrie und Dokumentation der
Psych. Univ. Klinik Wien

- 8) Zur Verbreitung und Verteilung psychischer Störungen:

H. STROTZKA u.a., Kleinburg. Eine sozialpsychiatrische Feld-
studie, Wien, 1969

H. KATSCHNIG u.a., Daten zur stationären psychiatrischen Versorgung Österreichs, Wien, 1975

Zur Versorgung psychischer Störungen in Anstalten:

H. WEISS, Materialien für eine soziale Psychiatrie, Diss., Innsbruck, 1975

R. FORSTER, J.M.PELIKAN, Menschliche Bedürfnisse und totale Institutionen - Abteilungsanalysen in einem psychiatrischen Großkrankenhaus, Wien, Institut für Höhere Studien, 1977 (in Vorbereitung)

- 9) Der erste Aufsatz ist eine Weiterführung des Referats über "Schichtspezifische Unterschiede in der psychiatrischen Versorgung am Beispiel Österreichs" am Symposion: Krank - Zur Krise der Medizin, Wien, März 1976.
Er erscheint auch in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, Heft 3/4, 1977

Der zweite Aufsatz ist als Beitrag zu einem Buchprojekt entstanden, das an den Bericht über die "Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich" (Wien, Institut für Höhere Studien, 1975) anschließt.

Der dritte Aufsatz ist die überarbeitete Fassung eines Referats über "Widersprüche in der österreichischen psychiatrischen Versorgung und Strategien zu ihrer Überwindung" am Internationalen OECD-Expertenworkshop, Wien, Jänner 1971.
Er wurde zur Publikation in der Zeitschrift "Soziale Sicherheit" angenommen.

KRANKHEIT ALS KARRIEREPROZESS:
ZUR ENTSTEHUNG, VERTEILUNG UND VERSORGUNG PSYCHISCHER
STÖRUNGEN

I

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Vorbemerkung	5
1. Zur Bestimmung des Phänomens - Psychische Störungen als somato-psychischer Prozeß im Rahmen einer sozialen Karriere	6
1.1 Die allgemeinen Annahmen eines Karriere-modells	6
1.2 Einige Konkretisierungen des Karrieremo-dells psychischer Störungen	12
2. Karriereverläufe psychischer Störungen in spätkapitalistischen Gesellschaften	16
2.1 Hauptsächliche Determinanten und ihre Wirkungsweise	16
2.2 Klassenlage/Schichtzugehörigkeit und Karriereverlauf	19
2.3 Sozial/Gesundheitspolitik und Karriere-verlauf	25
Anmerkungen	29

Vorbemerkung

Bereits bei der Konstruktion des Krankheitsbegriffes entscheidet es sich weitgehend, ob Medizinsoziologie ihrem Anspruch gerecht werden kann, gesellschaftswissenschaftlich fundiert einen zugleich eigenständigen wie konstruktiven Beitrag zur besseren Erfüllung von gesundheitlichen Bedürfnissen der Menschen zu leisten. Weder die Reduktion von Medizinsoziologie auf eine Zuträgerdisziplin für soziologische Variablen zur Auffüllung eines verengt naturwissenschaftlich-medizinischen Krankheitsparadigmas, noch die radikale Negation dieses Paradigmas durch einen überspitzten soziologisch-normativen Ansatz, der Krankheit auf gesellschaftliche Definition reduziert und ihrer materiellen Grundlagen beraubt, ermöglicht die Erfüllung des medizinsoziologischen Anspruchs. Es muß vielmehr auf einem Krankheitsbegriff insistiert werden, der offen genug ist, um das ganze Spektrum der Leidenszustände von flüchtigen, morbiden Episoden bis zu irreversiblen Behinderungen zu umfassen und welcher der Natur des Menschen gerecht wird, indem er erlaubt, gleichermaßen die somatischen, psychischen und sozialen Aspekte von Krankheit zu thematisieren.

Das für die konkrete Ausarbeitung dieser Perspektive medizinsoziologischer Forschung notwendige begrifflich-konzeptuelle Instrumentarium läßt sich im Rahmen des soziologischen Paradigmas des Karriereprozesses entwickeln. Am Phänomen psychischer Störungen wird im ersten Teil dieses Artikels ein integratives Karrieremodell ausgearbeitet. Seine Brauchbarkeit wird im zweiten Teil durch seine Verwendung zur Einordnung und Systematisierung empirischer Untersuchungen über die soziale Ungleichheit in der Entstehung, Verteilung und Versorgung psychischer Störungen sowie zur Einschätzung sozial- und gesundheitspolitischer Maßnahmen demonstriert.

1. Zur Bestimmung des Phänomens - Psychische Störungen als somato-psychischer Prozeß im Rahmen einer sozialen Karriere

Psychische Störungen haben vielerlei Gestalt. Defekte der Körperfunktionen, psychische Funktionsstörungen und soziale Beeinträchtigungen treten kombiniert auf - in unterschiedlicher Intensität und in den verschiedensten Mischungsverhältnissen. Entsprechend verschiedenartig sind die Entstehungsur-sachen. Auch die Sichtbarkeit und die Bedeutung der Störungen variieren beträchtlich. Individuelles Leid und persönliche Hilfsbedürftigkeit sind die eine Seite, soziale Auffälligkeit und Bedrohlichkeit die andere. Die informellen und institutio-nalisierten gesellschaftlichen Reaktionen auf psychisch Ge-störte spiegeln diese Ambivalenz relativ ungebrochen wider. Die soziale Definition und Wahrnehmung von psychischen Stö-rungen ist aber nicht nur sozio-kulturell überformt, sondern auch abhängig von den technischen Möglichkeiten und sozialen Voreingenommenheiten des dominanten wissenschaftlichen Para-digmas sowie von der Quantität und der Qualität der Versorgungseinrichtungen. Eine adäquate und ausgewogene Einschätzung des Phänomens der psychischen Störungen hinsichtlich Erscheinung, Entstehung und Bewältigung ist deshalb keine einfache deskrip-tive Aufgabe. Vielmehr ist ein übergreifender, sowohl analy-tischer wie komplexer theoretischer Ansatz erforderlich, der es erlaubt, somatische, psychische und soziale Aspekte auf unterschiedlichen Entwicklungsstufen des Phänomens gleicher-maßen zu thematisieren. Nur innerhalb eines Ansatzes dieser Qualität können aktueller Zustand und längerfristige Tendenzen der Entstehung, Verteilung und Versorgung seriös eingeschätzt und begründete Interventionsstrategien entwickelt werden. Ein Prozeß-Karriere-Modell psychischer Störungen erfüllt unserer Meinung nach weitgehend die genannten Bedingungen.

1.1 Die allgemeinen Annahmen des Karrieremodells

In der Graphik 1 wird der Versuch gemacht, die wesentlichsten

Komponenten eines Karrieremodells¹⁾ für die Entstehung und Bewältigung psychischer Störungen zu skizzieren. In den folgenden Annahmen wird der zugrundegelegte konzeptuell-theoretische Hintergrund zum Verständnis der dem Modell entsprechenden Interpretation der Wirklichkeit entwickelt.

Karrierestufen

Psychische Störungen lassen sich hinsichtlich ihres Erscheinungsbildes bzw. ihrer spezifischen Interventionsanforderungen als hierarchisch geordnete Sequenz von Karrierestufen differenzieren.

Diese Ordnung ist insoferne idealtypisch zu verstehen, als sie den idealisierten Fall des Verlaufs einer psychischen Störung abbildet. In der Realität verlaufen Karrieren von psychischen Störungen empirisch vielfältiger und unregelmäßiger. Karrierestufen können zusammenfallen bzw. übersprungen werden (wie es in der Graphik 1 explizit vorgesehen ist), auch kann dieselbe Karrierestufe von einer Person mehrmals durchlaufen werden. Weiters gibt es innerhalb einer Karrierestufe Prozesse und Entwicklungen, die ihrerseits als Subkarrieren (z.B. innerhalb der stationären Phase einer psychischen Krankheit) rekonstruiert werden können. Für die in dieser Arbeit verfolgte Intention ist das gewählte idealtypische Verfahren aber hinreichend differenziert.

Karriereentscheidungspunkte

Der Übergang zwischen Karrierestufen ist vermittelt über Karriereentscheidungen zu bestimmten Zeitpunkten. An diesen Punkten entscheidet es sich, welchen von drei prinzipiell möglichen alternativen Verläufen die Karriere einer Person nehmen wird. Diese drei grundsätzlichen Alternativen sind das Verbleiben auf der Ausgangskarrierestufe, der Übergang in eine fortgeschrittenere Stufe, die Rückkehr auf eine hierarchisch

vorangehende Stufe. Sehr unterschiedliche Ereignisse oder Prozesse können eine Karriereentscheidung herbeiführen, wobei aber zu unterscheiden ist zwischen universellen Ereignissen oder Prozessen, die an allen oder mehreren Karriereentscheidungspunkten verlaufsentscheidend sein können, und solchen Ereignissen oder Prozessen, die nur an spezifischen Karriereentscheidungspunkten bzw. in bestimmten Karrierestufen wirksam werden. Der Ausgang einer Karriereentscheidung kann in unterschiedlicher Weise für die betroffene Person steuerbar sein. Er kann vorwiegend von Leistungen der Person selber abhängen oder ausschließlich von Selektionshandlungen anderer mächtiger Personen oder Institutionen. Mit fortschreitender absteigender Karriere verschiebt sich das Gewicht dieser beiden Arten von Faktoren üblicherweise zunehmend zugunsten des Fremdeinflusses.

Karrieredeterminanten

An den Karriereentscheidungspunkten werden die Übergänge zwischen Karrierestufen durch vier Faktorenbündel determiniert. Sie beinhalten die personen- und situationsspezifischen Entstehungsbedingungen und Bewältigungsmöglichkeiten von relevanten inneren oder äußeren Ereignissen.

Für eine Person sind dies auf der Entstehungsseite ihre genetisch und biografisch bedingten somatischen, psychischen und sozialen "Empfindlichkeiten", d.h. ihre je eigenen Ziel- und Führungsgrößen für die Befriedigung ihrer organischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse. Je empfindlicher sozusagen eine Person ist, desto eher wird ein bestimmtes Ereignis zu einem Auslöser oder Verstärker in einer Karriere psychischer Störungen.

Auf der Bewältigungsseite einer Person ist relevant ihre Kapazitätsstruktur, d.h. ihre körperlichen, psychischen und sozialen Kompetenzen und ihre spezifische Verfügung über uni-

verselle Ressourcen materieller, symbolischer und personeller Art in der handlungsrelevanten Situation. Je kompetenter eine Person daher ist und über je mehr Ressourcen sie verfügt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß ein bestimmtes Ereignis entsprechend bewältigt werden kann und damit nicht Karriere-auslösend oder -verstärkend wirkt.

Die situationsspezifischen Entstehungsbedingungen, die den Karriereverlauf beeinflussen, sind belastende Lebensereignisse in den Bereichen Arbeit, Verkehr, Wohnen, familiäre und andere mitmenschliche Beziehungen, die mit den eingespielten Alltagsroutinen der Bedürfnisbefriedigung und Problembewältigung nicht aufgefangen werden können. In die gleiche Richtung werden Reaktionen und Interventionen der sozialen Kontrolle wirksam, wie Zwangseinweisungen, Zwangsanhaltungen und Entmündigungen, die vorwiegend zur Ausgrenzung und Aufbewahrung sozial auffällig gewordener Personen dienen. Das vierte Faktorenbündel sind die gesellschaftlichen Angebote an institutionellen Bewältigungsmöglichkeiten. Sie reichen von der Teilhabe an gesellschaftlich erarbeiteten Gütern bis zu Zugangsmöglichkeiten zu gesellschaftlich etablierten Versorgungsstrukturen für individuelle Bedürfnisse. Je differenzierter, adäquater, bedürfnisgerechter und zugänglicher die gesellschaftlichen Ressourcen und Möglichkeiten für eine Person sind, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß ein kritisches Ereignis erfolgreich bewältigt werden kann.

Für die äußere Determination des Karriereverlaufes insgesamt gilt, daß das Resultat jeder Karriereentscheidung nur aus der kombinierten Betrachtung aller vier miteinander interagierenden Faktorenbündel erklärt bzw. rekonstruiert werden kann. Innerhalb eines solchen Modells kann auch aufgezeigt werden, wie Charakteristika des psychiatrischen Versorgungssystems den Karriereverlauf beeinflussen und damit zum Sinken oder Steigen des quantitativen und qualitativen Versorgungsbedarfs beitragen.

Karrieredynamik

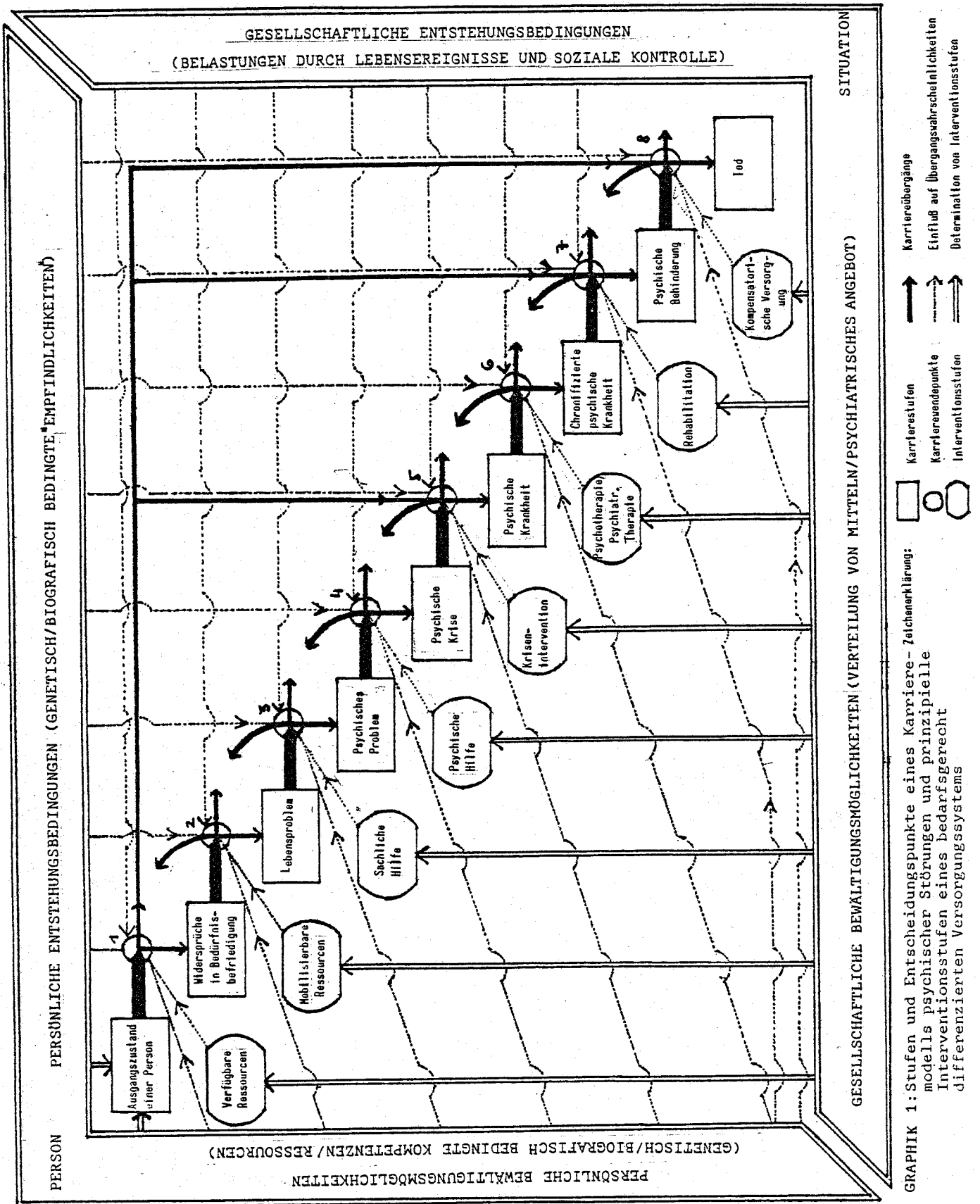
Während im Rahmen des vorliegenden Modells Karrieredetermination die Einflüsse der beschriebenen vier Faktorenbündel auf den Ausgang jeder möglichen Karriereentscheidung meint, zielt das Konzept der Karrieredynamik auf die Veränderungen der Determinationsfaktoren im Verlauf bzw. durch den Verlauf der Karriere ab.

Die zugrundeliegende Annahme lautet: Ein längerer Aufenthalt auf einer bestimmten Stufe der Karriere psychischer Störungen ist mit Veränderungen verbunden, die tendenziell alle in die Richtung der Verschlechterung der Lage der betroffenen Person wirken. Neue Empfindlichkeiten werden erworben und gesellschaftliche Toleranzschranken werden gesenkt, sodaß soziale Kontrollmaßnahmen wahrscheinlicher werden. Kompetenzen werden abgebaut, Ressourcen werden aufgebraucht und die Zugangsmöglichkeiten zu gesellschaftlichen Mitteln und Versorgungsstrukturen werden eingeschränkter. Durch diese Verschlechterung der Bestimmungsfaktoren durch den Aufenthalt auf einer bestimmten Karrierestufe verringert sich die Wahrscheinlichkeit, spätere, eine Karriereentscheidung auslösende Ereignisse erfolgreich zu bewältigen.

Somit nimmt die Wahrscheinlichkeit des weiteren Absinkens in der Karriere psychischer Störungen zu. Diesem positiven feedback-Mechanismus der Karrieredynamik kann nur dann erfolgreich gegengesteuert werden, wenn entsprechend konsequente Kompensationen und Interventionen bereits auf relativ frühen Karriere-stufen einsetzen.

Interventionsstrategien

Für jede spezifische Stufe der Karriere psychischer Störungen lassen sich Interventionsstrategien ableiten, welche die Karrieredynamik auf dieser Stufe aufhalten oder umkehren können.



1.2 Einige Konkretisierungen des Karrieremodells psychischer Störungen

Um die unterschiedlichen Entstehungsweisen psychischer Störungen zu erfassen, ist es notwendig, auch Zustände menschlichen Befindens in das Karrieremodell miteinzubeziehen, die noch einige Schritte vor dem Phänomen des psychischen Gestörtseins liegen.

Die erste Karrierestufe, der Ausgangszustand einer Person, läßt sich zweckmäßigerweise durch folgende Charakteristika beschreiben (FORSTER & PELIKAN, 1976)

- Menschen als Individuen wie als Gattung können sich nur erhalten und entwickeln durch Austauschprozesse mit ihrer Umwelt. Drei analytisch unterscheidbare Austauschebenen sind relevant: materieller Austausch zwischen dem menschlichen Organismus und seiner physikalischen, chemischen und biologischen Umwelt ("Natur"); symbolische Kommunikation zwischen der menschlichen Person und den menschlichen und kulturellen Objekten ihrer sozio-psychologischen Umwelt ("Kultur"); soziale Partizipation des menschlichen Gesellschaftsmitgliedes an den Verhältnissen der Produktion, Reproduktion und Herrschaft seiner gesellschaftlichen Umwelt ("Gesellschaftsformation"). Innerhalb jeder Ebene lassen sich spezifische Austauschnotwendigkeiten in Form von menschlichen Grundbedürfnissen oder Bedürfnislagen angeben. Ihre konkreten Ausformungen sind zwar historisch und biografisch bestimmt, ihre prinzipielle Geltung aber ist als universell anzunehmen.

- Um eine gesunde Erhaltung bzw. Entwicklung des Menschen zu gewährleisten, bedürfen die verschiedenen Austauschprozesse der Kontrolle und Regulierung. Die relevanten Zielgrößen bzw. spezifischen Empfindlichkeiten einer bestimmten Person und die ihr verfügbaren Kompetenzen und Ressourcen sowie die spezifischen Herausforderungen und Möglichkeiten der relevanten Umweltsituation entscheiden über Verfügbarkeit und Erfolg von entsprechenden Handelns- und Verhaltensstrategien. Die Übereinstimmung bzw. Interaktion zwischen den Merkmalen einer

Person und ihrer Umwelt determiniert letztlich die Güte der Bedürfnisbefriedigung.

Da aufgrund von unvermeidbaren inneren (z.B. somatischen) und äußeren (z.B. gesellschaftlichen) Veränderungen und Entwicklungen die Aufrechterhaltung eines undynamischen und stabilen Gleichgewichts der Bedürfnisbefriedigung nicht möglich ist, ergibt sich immer wieder der 1. Entscheidungspunkt des Karrieremodells psychischer Störungen. Je nach verfügbaren persönlichen und situativen Ressourcen gelingt entweder die routinemäßige Bewältigung einer inneren oder äußeren Veränderung und damit die Aufrechterhaltung der adäquaten Befriedigung von Bedürfnissen oder es treten Widersprüche der Bedürfnisbefriedigung auf. Zumindestens zeitweilig ist damit auf einer der drei Austauschebenen eine ausreichende und gewohnte Bedürfnisbefriedigung nicht mehr möglich. Somit wird der 2. Entscheidungspunkt des Karrieremodells erreicht. Entweder es gelingt der betroffenen Person durch Mobilisierung besonderer, ihr verfügbarer Ressourcen doch noch, die herausfordernden inneren oder äußeren Veränderungen auf einem neuen Gleichgewichtsniveau zu bewältigen bzw. bei ausreichend hohem Ausgangsniveau der Bedürfnisbefriedigung sich mit einem reduzierten Erfüllungsniveau abzufinden, oder die nächste Karrierestufe, das Lebensproblem wird aktuell. D.h. die Störung des Gleichgewichts der alltäglichen routinemäßigen Bedürfnisbefriedigung dominiert den Lebensvollzug der betroffenen Person derart, daß weitere Bereiche der Bedürfnisbefriedigung gestört werden bzw. das gesamte Wohlbefinden der Person beeinträchtigt wird. Am 3. Entscheidungspunkt entscheidet sich dann, ob unter Heranziehung von sachlicher Hilfe von außen durch eine gemeinsame Anstrengung der betroffenen Person zusammen mit privaten Hilfspersonen oder öffentlichen professionellen Einrichtungen das Lebensproblem doch noch gelöst bzw. wenigstens stabilisiert werden kann, oder ob es zum Übergang in die nächste Karrierestufe des psychischen Problems kommt. Im Falle psychischer Probleme, der ersten und geringfügigsten Form psychischer Störungen, tritt die Irritation der Bedürfnisbefriedigung im Bereich der Aus-

tauschebene zwischen der menschlichen Person und den menschlichen und kulturellen Objekten der relevanten sozio-psychologischen Umwelt selber auf. Betroffen ist das psychische Subsystem direkt. Bedürfnisbefriedigungen im Zusammenhang mit "Sinn", "Selbstwert", "Liebe" und "Selbstverwirklichung" werden problematisch. Dieser Zustand kann auf zweierlei Weise eintreten. Entweder direkt, indem gestörte Bedürfnisbefriedigung (Lebensprobleme), die in der somatischen oder sozialen Austauschebene ihren Ursprung hatten, durch langes Andauern oder besondere Intensität und Umstände beginnen, auch das eingespielte psychische Lebensmanagement zu erschüttern, oder indem die auslösenden inneren oder äußeren Veränderungen bzw. Lebensereignisse direkt die Befriedigung psychischer Bedürfnisse bedrohen (z.B. Verlust einer geliebten Person, "narzistische Kränkungen" verschiedener Art). Inwieweit das gestörte kognitive, affektive und evaluative Gleichgewicht der betroffenen Person wieder hergestellt werden kann, stabilisiert wird oder sich verschlechtert, entscheidet sich am 4. Entscheidungspunkt der Karriere. Entscheidend ist hier vor allem, ob durch Einbeziehung psychischer Hilfe (Verständnis, Information, Rat, usw.) durch private oder professionelle Bezugspersonen (z.B. Eheberatung, Familienberatung, Erziehungsberatung, Berufsberatung) das psychische Problem thematisiert und lösbar gemacht werden kann, oder ob es eine einengende Eigendynamik entfaltet und in die nächste Karrierestufe der psychischen Krise übergeht. Unter psychischer Krise soll hier mit HÄFNER (1974, S. 140) verstanden werden ein "nicht durch Krankheit erklärbarer Verlust des seelischen Gleichgewichts, hervorgerufen durch einen äußeren oder inneren Anlaß oder durch das Zusammenwirken beider", wobei der Unterschied zwischen "Problem" und "Krise" ein solcher der Akutheit (Aktualität), der Intensität und der Radikalität der möglichen Verläufe sein soll. Da für eine Krise gilt, daß sie "spontan abklingen, chronifizieren oder bestimmte Krankheiten auslösen" (ebd. S. 140) kann, ergibt sich der 5. Entscheidungspunkt im möglichen Karriereverlauf. An diesem Punkt entscheidet sich, ob eine akute Krise,

also eine aktuelle Funktionsstörung psychischer Leistungen übergeht in das Stadium einer psychischen Krankheit, also eine pseudo-funktionale, d.h. nur kurzfristig entlastende Umorganisation der Persönlichkeitsstruktur eingeleitet wird. Dieses Stadium ist sowohl als Konsequenz einer oder mehreren Krisen, also auch ohne Durchlaufen der vorangehenden Stadien, z.B. durch eine somatische Veränderung direkt erreichbar. Ein Ergebnis der modernen Krisenforschung ist allerdings, daß "solche Ausnahmesituationen nicht nur verstärkte psychische Gefährdung mit sich bringen, sondern auch mit erhöhten Möglichkeiten wirksamer Einflußnahme einhergehen" (CIOMPI, 1975, S. 766). Deshalb ist es sehr wesentlich, ob vor dem 5. Entscheidungspunkt adäquate Einrichtungen der Krisenintervention bereit stehen. Ist einmal der Zustand einer psychischen Krankheit eingetreten, so ist am 6. Entscheidungspunkt vor allem relevant, ob es zu einer Therapie, d.h. dem gezielten Versuch der Rückgängigmachung einer dysfunktionalen psychischen Strukturveränderung kommt, ob dieser Versuch ambulant, d.h. unter Aufrechterhaltung der üblichen Lebensumstände des Patienten erfolgen kann oder stationär mit der Konsequenz der Unterbrechung dieser Umstände, ob die Behandlung freiwillig aufgrund von Krankheitseinsicht oder zwangsweise als Maßnahme der sozialen Kontrolle erfolgt. Beim Fehlen einer rechtzeitigen Intervention ist eine Chronifizierung oder Verschlechterung des Krankheitszustandes wahrscheinlich. Geschieht zwar eine Intervention, jedoch in Form einer zwangsweise verfügbaren segregierenden Aufbewahrung in einer asylartigen Einrichtung, ohne entsprechende therapeutische Bemühungen und unter den Bedingungen von besonders eingeschränkten Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung, so kommt es noch zusätzlich zu typischen Hospitalisierungsercheinungen (BARTON, 1974; WING & BROWN, 1970). Am 7. Entscheidungspunkt bestimmt es sich, ob durch entsprechende Rehabilitation, also konkrete Bemühungen der Wiedereingliederung in die Gesellschaft als Begleit- und Folgemaßnahme von Therapie, Chronifizierung und Hospitalismusartefakte wieder rückgängig gemacht werden können (BAUER et al. 1973, S. 240). Ist dies

nicht oder nicht mehr möglich bzw. lag bereits vor Beginn der Karriere eine entsprechend gravierende somatische Schädigung vor, so befindet sich der Patient im Zustand der psychischen Behinderung und die Variation am 8. Entscheidungspunkt ist vorwiegend bestimmt durch Quantität und Qualität der verfügbaren kompensatorischen Versorgungseinrichtungen.

Einige Punkte gelten generell für die gesamte Karriere:

- Prävention ist über das gesamte Karrierespektrum möglich, im Sinne des Abbaus gesellschaftlich steuerbarer Belastungssituationen oder des Aufbaus persönlicher Widerstandskräfte bzw. der Verbesserung der Bewältigungskapazität der betroffenen Personen oder Situationen.
- Der Übergang in ein schwereres Stadium kann durch entsprechend gezielte Interventionen weitgehend gesteuert werden, ist also ziemlich direkt eine Funktion der jeweiligen Versorgungsstruktur, und
- Interventionen an einem späteren Entscheidungspunkt müssen zumeist auch jene Maßnahmen miteinschließen, die bereits an einem früheren Punkt indiziert gewesen wären.

2. Karriereverläufe psychischer Störungen in spätkapitalistischen Gesellschaften

2.1 Hauptsächliche Determinanten und ihre Wirkungsweise

Die inhaltliche Konkretisierung des vorgeschlagenen Karriere-modells psychischer Störungen ist bisher durch die Differenzierung der relevanten Karrierestufen und durch die Zuordnung prinzipieller Interventionsfaktoren zu einzelnen Übergängen erfolgt. Im folgenden geht es darum, jene gesellschaftlichen Determinanten zu bestimmen, welche in spätkapitalistischen Gesellschaften an Karriereentscheidungspunkten hauptsächlich wirksam werden und die Karrieredynamik spezifisch gestalten. Als wesentlichste Determinanten von individuellen und kollektiven Lebensschicksalen - und damit auch von Karriereverläufen

psychischer Störungen - werden für spätkapitalistische Gesellschaften die Klassen/Schichtstruktur und die Interventionen des politisch-administrativen Systems postuliert, welche ihrerseits von den dominanten Produktions- und Reproduktionsbedingungen konstituiert werden und wechselseitig in vielfältiger Weise interagieren (OFFE, 1972a und 1972b; POULANTZAS, 1975).

Die politisch-administrativen Interventionen bestimmen vor allem die prinzipiell möglichen Karrieren psychischer Störungen. Die Einwirkung der Klassen/Schichtstruktur schlägt sich sichtbar in der sozialen Verteilung von unterschiedlichen Karriereverläufen psychischer Störungen nieder. Die Auswirkungen der Klassen/Schichtstruktur auf den Verlauf psychischer Störungen können durch staatliche Interventionen in dreierlei Weise beeinflußt werden. Staatliche Interventionen können kompensatorisch ausgerichtet sein, d.h. mit der Intention erfolgen, die durch die Klassen/Schichtstruktur verursachten Unterschiede in der Entstehung und im Verlauf psychischer Störungen auszugleichen bzw. gegenzusteuern. Sie können neutral, d.h. nicht explizit an der Aufhebung sozialer Ungleichheit im Bereich der Entstehung und Versorgung psychischer Störungen orientiert sein. Schließlich können sie die Interessen der dominanten Klassen bzw. Schichten vertreten und so die vorhandene Ungleichheit von Karriereverläufen psychischer Störungen verfestigen.

Die angenommenen Wirkungsweisen der komplexen und übergreifenden Determinanten veranschaulicht Graphik 2. In der Graphik 2 werden mehrere Ebenen unterschieden. Auf der Prozeßebene ist eine idealtypische Karriere psychischer Störungen in Interaktion mit einem Versorgungssystem aus der Perspektive einer Person abgebildet. Die Übergänge im Karriereprozeß werden von je spezifischen Einflußfaktoren der Person bzw. ihrer Situation reguliert, die auf der Möglichkeits- bzw. Bewertungsebene dargestellt sind. Diese strukturellen Voraussetzungen wiederum werden klassen/schichtspezifisch bestimmt bzw. durch politisch-

administrative Interventionen modifiziert. Der vorläufige Ausgang der Karriere wirkt als "feedback" auf die genannten Möglichkeits- und Bewertungsstrukturen zurück.

Zunächst sind jene Vorstufen des Karriereprozesses angeführt, die in die Entstehung psychischer Störungen münden können. Der weitere Prozeß modelliert den möglichen Verlauf einer psychischen Störung in den Stufen "psychische Krise", "psychische Krankheit", "chronifizierte psychische Krankheit" oder "psychische Behinderung" als Versorgungskarriere oder Krankheitskarriere. Als Komponenten einer solchen Karriere lassen sich zumindest die Normierung bzw. Definition des Versorgungsbedarfs, die Nachfrage nach Versorgung, die Realisierung der Versorgung und das Resultat der Versorgung unterscheiden. Die Konsequenz eines Prozeßdurchlaufs einer Person kann eine Rückkehr in Karrierestufen ohne Störungscharakter, ein Verbleiben auf der gleichen Karrierestufe der psychischen Störung, ein Fortschreiten in eine schwerere Störungsstufe und/oder eine Ausbildung zusätzlicher, qualitativ unterschiedlicher Störungen sein. Der jeweilige Ausgang der Versorgung führt seinerseits zu Modifikationen der prozeßregulierenden Bewertungs- und Möglichkeitsstrukturen der betroffenen Person und steuert damit ihren zukünftigen Karriereverlauf.

2.2 Klassenlage/Schichtzugehörigkeit und Karriereverlauf

Die klassen/schichtspezifische Determination der Möglichkeits- und Bewertungsstrukturen, welche auf die in der Graphik bezeichneten acht Übergänge wirken, soll im folgenden theoretisch-generell und empirisch-exemplarisch aufgezeigt werden.²⁾

Widersprüche der Bedürfnisbefriedigung

Die beschränkten Partizipationsmöglichkeiten in den gesellschaftlichen Sphären der Produktion, Reproduktion und Herrschaft sind das durchgängige Charakteristikum sozialer Unter-

schichten und Randgruppen auch in spätkapitalistischen Gesellschaften (z.B. für die BRD JAEGGI, 1973; TJADEN-STEINHAEUER & TJADEN, 1973). Dies gilt im besonderen Maße für jene Subgruppen, deren Existenzbedingungen unter der relativen Armutsgrenze liegen (IRELAN, 1966; ROTH, 1976). Die Erfahrung dieser objektiv depravierten Lebensbedingungen als subjektives Leiden wird durch die im klassen/schichtspezifischen Sozialisationsprozeß erworbenen bzw. im subkulturellen Milieu verfestigten Bewertungs- und Motivationsstrukturen eingeschränkt (CAESAR, 1972; KOHN, 1974). Aufgrund der prinzipiellen Unsicherheit der Lebenssituation und der allgemeinen Dominanz mittelschichtspezifischer Bewertungen in den Sozialisationsagenturen und Massenmedien kann jedoch für Unterschichts- und Randgruppenangehörige auch ein höheres Ausmaß subjektiver Leidenserfahrungen erwartet werden.

Unbewältigbare Lebensprobleme

Eine Reihe von empirischen Untersuchungen belegt, daß Mitglieder von Unterschichten und Randgruppen weniger gut in der Lage sind, schwierige und belastende Situationen adäquat zu bewältigen. Das resultiert zum einen aus der mangelnden Verfügbarkeit über private Ressourcen wie z.B. gespartes Geld. Zum anderen sind bezogen auf die dominanten Arbeits-, Reproduktions- und Herrschaftsverhältnisse ihre kognitiven und emotionalen Fähigkeiten wie Abstraktionsniveau, Flexibilität, Selbstkontrolle unzureichend und ihre Orientierungs- und Bewertungsmaßstäbe wie Konformität und Schicksalsergebenheit inadäquat (KOHN, 1969; VINNAI, 1973). Aus dem kombinierten Wirken dieser Determinationsfaktoren läßt sich eine stark disproportionale strukturelle Verteilung von unbewältigbaren Lebensproblemen mit einer klaren Häufung in den Unterschichten und Randgruppen der Gesellschaft ableiten.

Entstehung von Störungen

Unbewältigbare Lebensprobleme können nicht nur zur Ausbildung psychischer sondern auch somatischer und sozialer Störungen führen. Schichtspezifische Unterschiede an diesem Übergang sind begründet in den unterschiedlichen Persönlichkeitsentwicklungen sowie in den differierenden Handlungsmöglichkeiten, Kontrollrisiken und Verstärkungsmechanismen schichtspezifischer Lebensmilieus.

So steht die in der Literatur vielfach belegte Tatsache eines gehäuftten Auftretens zumindest bestimmter Formen kriminellen Verhaltens in der Unterschicht in Relation zum Abwehr-Mechanismus der "Externalisierung", zu typischen Gruppenprozessen und Zugangsmöglichkeiten zu illegitimen Mitteln sowie zu differentiellen Kontrollprozessen in Abhängigkeit von der sozialen Situation der Abweichung (MOSER, 1970, S.326-337 bzw. SHORT & STRODTBECK, 1965 bzw. CLOWARD & OHLIN, 1960 bzw. STEINERT, 1973). Auch organisieren Angehörige unterer sozialer Schichten ihre Probleme tendenziell eher somatisch als psychisch, "weil sie die von der Sozialisation abhängenden psychologischen Voraussetzungen nicht haben" (MÖLLER, 1972, S.95; MYERS & ROBERTS, 1959, S. 201 ff.). Obwohl also ein erheblicher Teil des auf Unterschichts- und Randgruppenmitgliedern lastenden Problemdrucks in soziale oder somatische Störungen kanalisiert wird, verbleibt eine erhöhte Übergangswahrscheinlichkeit in das Stadium psychischer Störungen (MISHLER & SCOTCH, 1970).³⁾

Normierter Versorgungsbedarf

Durch die Anwendung theoretisch-methodischer Kriterien aus den relevanten Wissenschaften auf Störungsphänomene kann ein Versorgungsbedarf normativ bestimmt werden. Die zugrundegelegten Paradigmen der institutionalisierten Wissenschaft sind aber nicht wertfrei, sondern den jeweils dominanten gesellschaft-

lichen Interessen verpflichtet. Die Wissenschaftsgeschichte der Psychiatrie beweist sowohl die Veränderungen der Definition psychischer Symptome als auch die Abhängigkeit dieser Wandlungsprozesse von gesellschaftlichen Entwicklungen (DÖRNER, 1969; FOUCAULT, 1969). Die Anerkennung von Störungen als Symptome ist darüber hinaus abhängig vom aktuellen Entwicklungsstand der Versorgungsmöglichkeiten und von der jeweiligen Bewertung der Interventionsbedürftigkeit. Psychische Störungen werden zum Teil ausgefiltert, weil ihnen kein ausreichender Krankheitswert zugeschrieben wird, zum Teil werden sie als soziale oder somatische Symptome definiert. Es gibt eine Reihe von Hinweisen, daß die Klassen/Schichtposition einer Person diesen Definitionsprozeß mitbeeinflußt.

So besteht seitens der ärztlichen Profession die Tendenz, Unterschichtsangehörige mit psychischen Störungen eher als somatisch krank zu diagnostizieren. Sie wird unterstützt vom Patienten der Unterschicht, der seine Störung selber eher organisch definiert (GURIN et al., 1960, S. 300). Die Hartnäckigkeit, mit der die Kriminalpsychiatrie bei der Beurteilung von Unterschichts-Kriminalität auf der Anwendbarkeit einer reduktionistischen Persönlichkeitspsychologie beharrt und pathogene Sozialisationsmilieus ignoriert ist ein weiterer Beleg für diagnostische Vorurteile (MOSER, 1971; GÜSE & SCHMACKE, 1976).

Einige experimentelle Untersuchungen wiesen nach, daß Psychiater aus den Anamneseprotokollen angeblicher Unterschichtspatienten auf schwerere Störungen schließen als aus den identischen Protokollen vermuteter Oberschichtspatienten (GLEISS et al., 1973, S. 130-131). Das diagnostische Instrumentarium der klinischen Psychologie setzt einen mittel- und ober-schichtspezifischen Erfahrungshintergrund bzw. ein ebensolches Sozialverhalten voraus und benachteiligt dadurch Patienten der unteren Sozialschichten (ebd., S. 131-132).

Schließlich werden Unterschichtspatienten eher mit objektivierenden Diagnoseinstrumenten gemessen, während Patienten mit höherem Sozialstatus ausführlicher verbal exploriert werden (WALLER, 1972).

Die insgesamt geringe Übergangswahrscheinlichkeit zwischen der Stufe des normierten psychiatrischen Versorgungsbedarfs und der Stufe der tatsächlichen psychiatrischen Versorgung ist bei Vergleichen von "wahren" und "behandelten" Inzidenz- bzw. Prävalenzraten häufig demonstriert worden (SCHEFF, 1973, S. 39-40). Die damit verbundene Ausfilterung von Störungen findet an den drei im folgenden beschriebenen Übergängen der Versorgungskarriere statt und weist jeweils eine starke schichtspezifische Ausprägung auf.

Definierter Versorgungsbedarf

Die Eigen- oder Fremddefinition psychischer Symptome als psychotherapeutischer Versorgungsbedarf ist eine notwendige Voraussetzung einer Versorgungsintervention. Die größere Symptomtoleranz von Unterschichtsangehörigen ist in zahlreichen Studien nachgewiesen worden (KOOS, 1954). Sie ergibt sich nicht nur aus unterschiedlich erlernten Empfindlichkeitsschwellen, sondern auch aus qualitativ anderen Bewertungskategorien, die aus der finanziellen und informativen Deprivation der Unterschichtsmilieus resultieren. Die Definition der Versorgungsbedürftigkeit erfolgt dadurch erst bei Beeinträchtigung der alters- und geschlechtsspezifisch erwarteten Arbeitsfähigkeit (GLEISS et al., 1973, S. 119-122). Die erhöhte Symptomtoleranz führt dazu, daß Unterschichtsangehörige durchschnittlich erst in wesentlich schwereren Krankheitsstadien und dann häufig aufgrund einer Fremddefinition zwangsweise in Behandlung kommen (HOLLINGSHEAD & REDLICH, 1958, S. 186-187). Dadurch wird die weitere Versorgungskarriere stark in Richtung einer stationären und medikamentösen Behandlung festgelegt. Unter diesen Umständen wird die öffentliche Etikettierung einer psychischen

Störung zu einer wichtigen Bedingung der Karrieredynamik (SCHEFF, 1973, S. 78).

Nachfrage nach Versorgung

Die nächste Stufe ist die der manifesten Nachfrage nach Versorgung. Auch hier besteht für Mitglieder sozialer Unter- und Randschichten eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, diesen Übergang nicht zu vollziehen. Der geringere Informationsstand über professionelle Versorgungsmöglichkeiten und die negative Bewertung psychiatrischer Institutionen, welche durchaus reale Erfahrungsgrundlagen hat (GLEISS et al., 1973, S. 122 - 124) werden zu einer strukturellen Barriere für die unteren Bevölkerungsschichten.

Realisierung der Versorgung

Über den Erfolg einer Versorgungsnachfrage entscheidet die Zugänglichkeit von Versorgungseinrichtungen bzw. die Bewertung der zugänglichen Möglichkeiten. Wo immer Ärzte freie Niederlassungswahl haben, ist ihre Verteilungsdichte in den Wohnbezirken der unteren Bevölkerungsschichten wesentlich geringer als in den Wohngegenden der Mittel- und Oberschichten. Empirische Studien aus den USA haben auch nachgewiesen, daß Patienten der Unterschichten eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, von psychiatrischen Institutionen abgewiesen oder auf Wartelisten gesetzt zu werden (GLEISS et al., 1973, S. 126 - 128).

Qualität der Versorgung

Patienten der sozialen Unter- und Randschichten erhalten im psychiatrischen Versorgungssystem durchschnittlich eine qualitativ schlechtere Versorgung. In der klassischen Studie von HOLLKINGSHEAD & REDLICH (1958) konnte die ungleiche Verteilung von Behandlungsformen für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen eindrucklich nachgewiesen werden. Patienten mit hohem Sozialstatus wurden - bei jeweils konstant gehaltener Diagnose -

häufiger psychotherapeutisch, Patienten mit niedrigem Sozialstatus ungleich häufiger somatisch oder überhaupt nicht behandelt (ebd. S. 267-289). Unterschichtspatienten in ambulanter Behandlung werden auch kürzer und weniger intensiv betreut (GLEISS et al., 1973, S. 135-138). Das durchschnittlich fortgeschrittenere Krankheitsstadium der Unterschichtspatienten bei Behandlungsbeginn - ein Ergebnis ihrer vorangegangenen Versorgungskarriere - ist mit ein Grund für diese Unterschiede.

Erfolg und Konsequenz der Versorgung

Nach Durchlaufen des dargestellten Prozesses haben Unterschichtsangehörige eine weitaus höhere Wahrscheinlichkeit, überhaupt nicht, nicht ausreichend oder fehlversorgt worden zu sein. Damit besteht für sie auch eine höhere Wahrscheinlichkeit der Chronifizierung ihrer psychischen Störungen und der Entstehung zusätzlicher somatischer oder sozialer Störungen. Diese Verschlechterungen wiederum wirken auf die prozeßregulierenden Möglichkeits- und Bewertungsstrukturen zurück und verstärken die dargestellten Tendenzen der Benachteiligung. Das sozialstrukturell unterschiedliche Verhältnis von Inzidenz- und Prävalenzraten in epidemiologischen Studien ermöglicht eine quantitative Einschätzung der durch die dargestellten Karriereverläufe erzeugten bzw. vergrößerten Ungleichheit (HOLLINGSHEAD & REDLICH, 1958, S. 235)⁴⁾.

2.3 Sozial/Gesundheitspolitik und Karriereverlauf

Die meisten der angeführten empirischen Belege für die klassen/schichtspezifische Determination von Karriereverläufen psychischer Störungen entstammen US-amerikanischen Untersuchungen. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf österreichische Verhältnisse kann daher nicht ohne weiteres vorausgesetzt werden. Gerade die neben der Klassen/Schichtstruktur als Hauptdeterminanten angenommenen politisch-administrativen Interventionen sind aufgrund der ausgeprägten sozialstaatlichen Tradition in

Österreich in Art und Ausmaß recht unterschiedlich einzuschätzen. Diese Interventionen beziehen sich vor allem auf drei Phasen in der Versorgungskarriere psychischer Störungen:

- In der Entstehungsphase modifizieren staatliche Regelungen und Maßnahmen die Wahrscheinlichkeit von Widersprüchen bei der Befriedigung primärer Bedürfnisse und des Auftretens unbewältigbarer Lebensprobleme.
- In der primären Bewältigungsphase entscheiden staatliche Interventionen mit über die Wahrscheinlichkeit einer frühzeitigen und adäquaten Behandlung aufgetretener Störungen und damit über die Wiederherstellung der körperlichen Integrität, der psychischen Identität und des sozialen Status.
- In der sekundären Bewältigungsphase bestimmen staatliche Eingriffe über die Wahrscheinlichkeit rehabilitativer Maßnahmen und kompensatorischer Versorgung bei chronifizierten Störungen und Behinderungen und damit über die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der körperlichen Integrität, der psychischen Identität und des sozialen Status.

Die Auswirkungen der politisch-administrativen Interventionen auf die Entstehung und Bewältigung psychischer Störungen in Österreich können hier nur einer globalen Einschätzung unterzogen werden.

- Bezüglich der für die Befriedigung primärer Bedürfnisse unabdingbaren materiellen Voraussetzungen lassen sich in Österreich tendenzielle Verschärfungen wirtschaftlicher Ungleichheit konstatieren (CHALOUPEK, OSTLEITNER, 1974; NOVOTNY, 1975). Auch in Österreich lebt ein nicht unbeträchtlicher Teil der Bevölkerung im Zustand "relativer Armut", besonders unter den alten Menschen (ARMUT IN WIEN, 1974; DIE GESELLSCHAFTLICHE REINTEGRATION ÄLTERER MENSCHEN, 1975; MÜNDEL, 1977). Die dadurch ausgelösten Widersprüche werden allerdings durch die "Sozialstaatlusion" breiter Schichten bewußtseinsmäßig zum Teil neutralisiert (SWOBODA, 1973). Präventive Strukturpolitik, die der Schädigung von Gesundheit und der Beeinträchtigung des Wohlbefindens entgegenwirken soll - etwa in Form gesetzlicher

Bestimmungen im Arbeits-, Wohn- und Verkehrsbereich - orientiert sich an einem verengten somatischen Schädigungsbegriff. Zudem wird der Kontroll- und Sanktionsspielraum häufig nicht ausgeschöpft (Beispiele in: SYSTEMANALYSE DES GESUNDHEITSWESENS IN ÖSTERREICH, 1975, Bd.I/III.A/S.64-67 - Arbeitsbereich; Bd.II/III.B/S.164-165c - Lebensmittel; Bd.II/III.B/S.244-254 - Kfz-Verkehr).

- Im Bereich der Gesundheitsversorgung wird aufgrund der Erfassung der großen Mehrheit der österreichischen Bevölkerung im ASVG eine Realisierung sozialstaatlicher Prinzipien häufig als gegeben vorausgesetzt. Es lassen sich jedoch gravierende Ungleichheiten in Qualität und Quantität der Gesundheitssicherung aufzeigen - in Abhängigkeit von der Verwertbarkeit der Arbeitskraft und der politischen Stärke einer Gruppe: "Die Hilfsbedürftigkeit der Menschen hingegen spielt nur eine untergeordnete Rolle bei der Zuteilung von sozialstaatlichen Ressourcen" (SCHÖNBÄCK, 1975, S.85). Personen mit psychischen Störungen sind besonders diskriminiert. Für sie ist nur eine zeitlich begrenzte Minimalversorgung vorgesehen. So ist etwa die Psychotherapie als Krankenkassenleistung stark eingeschränkt (STROTZKA, 1975), Patienten mit relativ kurzer Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Krankenhäusern werden als "unheilbare" Pflegefälle aus der Sozialversicherung ausgesteuert. Die Orientierung an den Versorgungsbedürfnissen der Betroffenen ist durch die extensiven sozialen Kontrollmöglichkeiten stark eingeschränkt. Die gesetzlichen Regelungen zur Zwangsaufnahme, Zwangsanhaltung und Entmündigung haben in Definition und Handhabung deutlich repressiven Charakter. Die strukturellen Voraussetzungen für die Versorgung psychischer Störungen sind ungenügend. Es existiert kein der Qualität psychischer Störungen angemessenes, d.h. integriertes und differenziertes Versorgungsnetz. Die Versorgung ist eingeschränkt auf das aus der Körpermedizin übernommene Zwei-Sektoren-System von niedergelassenen Fachärzten auf der Kommunal- und Krankenhäusern auf der Regionalebene. In der ambulanten Versorgung ist das Angebot lückenhaft und die Versorgung häufig inadäquat, die Zugänglichkeit

ist regional und sozial ungleich. Im stationären Bereich kommt es - nicht zuletzt aufgrund der skandalösen materiellen und personellen Unterausstattung - zu massiver Fehlversorgung, welche u.a. in den überlangen Aufenthaltsdauern einerseits und in den häufigen Wiederaufnahmen andererseits sichtbar wird (FORSTER & PELIKAN, 1977).

- Im Bereich der Rehabilitations- und Versorgungsmaßnahmen für Behinderte und chronisch Kranke besteht eine noch drastischere Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter. Rehabilitationsleistungen im allgemeinen sind auf die Korrektur und Reparatur physischer Schäden konzentriert und deutlich an den Arbeitsbereich als Verursachungsfaktor gebunden. Die Lage der übrigen, "zweit- und drittklassig" Behinderten ist durch die Beschränkung auf subsidiäre Ansprüche, die Abhängigkeit von persönlicher Initiative und die Unübersichtlichkeit der Leistungen gekennzeichnet (FORNLEITNER & BICHLBAUER, 1976). Ein umfassendes und bedürfnisgerechtes psychiatrisches Rehabilitations- bzw. Kompensationssystem existiert nicht. Die psychisch Behinderten sind von regional unterschiedlichen, kommunalen und privaten Initiativen abhängig. Vorliegende Pläne zur Reform der psychiatrischen Versorgung im Rahmen einer generellen Neuordnung der Langzeitversorgung laufen auf eine Verschärfung des Gefälles zwischen primärer und sekundärer Bewältigungsphase - zumindest für prognostisch ungünstige Fälle - hinaus.⁵⁾

ANMERKUNGEN

- 1) Die wichtigsten einschlägigen Arbeiten zum Karrieremodell in der Medizinsoziologie sind GOFFMAN (1961), DAVIS (1963), ROTH (1963), GLASER & STRAUSS (1968), DÖRNER (1975) und GERHARDT (1976). Zur Geschichte des Konzepts in der sozialwissenschaftlichen Literatur vgl. PELIKAN (1976).
- 2) Für die Argumentation wird z.T. Literatur über Klassen/Schichteinflüsse verwendet, die sich nicht unmittelbar auf psychische Störungen bezieht. Weiters muß aufgrund der heterogenen Konzeptualisierung von Klassen- bzw. Schichtstruktur eine vereinfachende Dichotomisierung der Sozialstruktur vorgenommen werden.
- 3) Die für eine präzise Aussage benötigten "wahren" Inzidenzstudien werden aufgrund methodischer Probleme nur selten durchgeführt.
- 4) In der genannten - auf behandelten Fällen basierenden - Untersuchung beträgt das Inzidenzratenverhältnis zwischen Unterschicht und Oberschicht etwa 3:1, das Prävalenzverhältnis dagegen 8:1.
- 5) vgl. Abschnitt III des vorliegenden Berichtes.

WIDERSPRÜCHE UND TENDENZEN
IM SYSTEM DER VERSORGUNG PSYCHISCHER STÖRUNGEN

II

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. Krise der psychiatrischen Versorgung	35
2. Der gesamtgesellschaftliche Entstehungs- und Bewältigungszusammenhang psychischer Störungen	36
2.1 Tendenzen und Strukturen der Entstehung und Verbreitung psychischer Störungen	36
2.2 Tendenzen und Strukturen des psychiatri- schen Versorgungssystems in Österreich	41
2.3 Zur Dynamik der Stabilisierung des gegenwärtigen Versorgungssystems	48
3. Programmatik und Praxis sozialpsychiatrischer Reformansätze	51
3.1 Reformprogramme und Realisierungen: USA, England, Frankreich, Italien	51
3.2 Bestandsaufnahme und Reformvorstellungen: Bundesrepublik Deutschland	54
3.3 Analysedefizit und Gesetzesnovellen: Österreich	57
4. Forderungen für eine bedürfnisgerechte Versorgung psychischer Störungen	59
Anmerkungen	63

1. Die Krise der psychiatrischen Versorgung

In den letzten Jahren ist auch in Österreich die Lage der psychisch Kranken ins Gerede gekommen. Ausgehend von einer fortschrittlichen Minorität innerhalb der psychiatrischen Professionen ist das Thema zuletzt auch von Massenmedien und kritisch engagierten Gruppen aufgegriffen worden. Von einer breiten öffentlichen Reformdiskussion oder gar einer bemerkenswerten Reformbewegung kann in Österreich allerdings noch keine Rede sein, auch wesentliche Interessensgruppen wie Ärztekammer, Spitalerhalter und Sozialversicherungsträger haben zu diesem Themenkomplex bisher keine umfassenden Stellungnahmen abgegeben. Vielmehr handelt es sich bei der Diskussion um eine verspätete Rezeption ausländischer sozialpsychiatrischer Reformliteratur und -praxis, die allerdings durch die sich verschärfenden realen Widersprüche in der österreichischen Versorgungssituation begünstigt sein mag.

Die beginnende Diskussion über die Situation der psychiatrischen Versorgung hat ihre letzte Ursache sicher nicht in Bewußtwerdungsprozessen kritischer Psychiater. Die Krise der psychiatrischen Versorgung ist auch nicht ausschließlich als psychiatrie-immanent zu verstehen. Vielmehr sind objektive Widersprüche und subjektives Krisenbewußtsein auf zunehmende Diskrepanzen zwischen qualitativem und quantitativem Bedarf und traditionellem Versorgungsangebot zurückzuführen.

2. Der gesamtgesellschaftliche Entstehungs - und Bewältigungszusammenhang psychischer Störungen.

2.1 Tendenzen und Strukturen der Entstehung und Verbreitung psychischer Störungen

Auf Basis der in Österreich routinemäßig produzierten Medizinalstatistiken ist eine einigermaßen genaue Einschätzung der Anzahl der wegen psychischer Störungen behandelten Personen nicht möglich. Zum völligen Datenmangel im ambulanten Bereich kommen nur eingeschränkt brauchbare Angaben im stationären Sektor. Die quantitative Bedeutsamkeit psychischer Störungen läßt sich aus den statistischen Angaben über Pflegetage abschätzen. Danach beträgt der Anteil der in psychiatrischen Krankenhäusern jährlich verbrachten Pflegetage etwa ein Sechstel der Gesamtsumme aller Krankenhaus-Pflegetage (KATSCHNIG u. a., 1975, Teil 1, S. 43 f.). In einer Sonderauswertung der Spitalsstatistiken psychiatrischer Landeskrankenhäuser und Universitätskliniken wurde für 1971 eine "administrative Inzidenzrate" von 4.2 je 1000 Einwohner über 14 Jahre errechnet (ebd. S. 44). An einem Stichtag des Jahres 1974 waren rund 15 von 10.000 Österreichern in den psychiatrischen Krankenhäusern hospitalisiert (ebd., Teil 2, S. 1). Beide Zahlen unterschätzen die tatsächlichen Raten, weil sie nur Patienten in "psychiatrischen Betten", nicht aber in neurologischen oder internen Abteilungen beinhalten (ebd., Teil 1, S. 45). Die "wahre" Verbreitung psychischer Störungen in der österreichischen Bevölkerung kann daher nur durch Analogieschlüsse aus Ergebnissen epidemiologischer Studien vergleichbarer Gesellschaften abgeschätzt werden. "Die meisten der im letzten Jahrzehnt mit großer Sorgfalt und einheitlichen methodischen Voraussetzungen durchgeführten Erhebungen kamen zu nahe beieinanderliegenden Resultaten" (BERICHT ÜBER DIE LAGE DER PSYCHIATRIE IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND - "ENQUETE-BERICHT", 1975, S. 74). Demnach beträgt die jährliche Rate behandelter Ersterkrankungen von schweren psychischen Störungen rund 10 je

1000 Einwohner, die jährliche Prävalenzrate ca. 20 je 1000 Einwohner. Allerdings erbrachten Untersuchungen des Klientels praktischer Ärzte in England (SHEPERD u.a., 1966; zit. nach SHEPERD, 1970) und Österreich (STROTZKA u.a., 1969, S. 87-92), daß etwa 14% der Bevölkerung innerhalb eines Jahres wegen psychischer Störungen ihren Hausarzt aufsuchten. Ein Großteil dieser Patienten leidet an leichteren Formen psychischer Störungen (vgl. "ENQUETE-BERICHT", 1975, S. 72). Zu berücksichtigen ist, daß die ermittelten Raten in den angeführten Untersuchungen auf Basis ärztlicher Beurteilung der Versorgungsbedürftigkeit zustandekamen. Forscher, die ihren Erhebungen einen selbstdefinierten Versorgungsbedarf zugrundelegten, kamen dagegen zum Ergebnis, daß ein weitaus größerer Teil der Bevölkerung an Beeinträchtigungen des psychischen Wohlbefindens leidet (SROLE u.a., 1962, S. 213 - 230; LEIGHTON u.a., 1963, S. 131, 293, 350). Der daraus ableitbare Versorgungsbedarf wird von der herrschenden Psychiatrie nicht akzeptiert. Gerechtfertigt wird dies damit, daß eine solche Flut von gewöhnlichem Leid unmöglich psychiatrisch/psychotherapeutisch versorgt werden könne ("ENQUETE-BERICHT", 1975, S. 66f.). Dieser an sich richtige Einwand darf jedoch nicht zur theoretisch-konzeptuellen und versorgungsstrategischen Ausklammerung alltäglicher psychischer Leidenszustände führen. Denn wie sich durch die Anwendung eines Karrieremodells auf psychische Störungen zeigen läßt ¹⁾ besteht ein wesentlicher Zusammenhang zwischen den quasi-alltäglichen Problemen und Leiden der Massen und den manifesten psychischen Erkrankungen jenes Teils der Bevölkerung, der schließlich in psychiatrischen Einrichtungen landet. Die eingeschränkte Definition des Versorgungsbedarfs wird hauptsächlich deshalb vorgebracht, um die Einsicht abzuwehren, daß es prinzipiell unmöglich ist, das Problem psychischer Störungen allein professionell-kurativ zu bewältigen.

Unabhängig von der Operationalisierung psychischer Störungen ist durch die große Mehrheit von epidemiologischen Untersuchungen in unterschiedlichen Ländern eine soziale Ungleichheit in der Verteilung psychischer Störungen nachgewiesen worden.

Gerade die schweren Formen psychischer Störungen sind in den untersten sozio-ökonomischen Schichten der Bevölkerung konzentriert (Sammelreferate von DOHRENWEND & DOHRENWEND, 1974 und FRIED, 1975).

Aufgrund mangelnder Daten, aber auch wegen der sich wandelnden Bewältigungsmöglichkeiten und Krankheitsdefinitionen ist eine quantitative Untermauerung der populären Behauptung einer ständigen Zunahme psychischer Störungen nur eingeschränkt möglich. Für Österreich etwa könnte der Anstieg der Aufnahmen in den psychiatrischen Krankenhäusern zwischen 1963 und 1972 um 99% (14.771 und 29.368) im Unterschied zu einer 12%igen Steigerung aller Spitalsaufnahmen ein Indikator für eine solche Entwicklung sein (FORSTER & PELIKAN, 1974; für die BRD finden sich bruchstückhafte Belege bei HENKEL und ROER, 1976, S. 167 - 183, sowie REBELL, 1976, S. 97 - 104). Es ist unwahrscheinlich, daß eine solche Aufnahmenexplosion allein ein Ergebnis der psychopharmakabedingten "Drehtürpsychiatrie" ist. Auch aus einer qualitativen Analyse jener sozialen Veränderungen in spätkapitalistischen Gesellschaften, die mit dem Versorgungsbedarf psychischer Störungen unmittelbar oder mittelbar zusammenhängen, läßt sich die Annahme einer beträchtlichen Zunahme psychischer Störungen in den beiden letzten Jahrzehnten ableiten. Diese Annahme gründet sich auf die folgenden Überlegungen:

1. Veränderung der Bevölkerungszusammensetzung: Die Anzahl und der Anteil alter Menschen an der Gesamtbevölkerung hat in den letzten Jahrzehnten ständig zugenommen. In höherem Alter aber steigt das Erkrankungsrisiko stark an (HAGNELL, 1970, S. 214).
2. Zunahme von Belastungen im Produktions- und Reproduktionsbereich, vor allem im Arbeitsbereich: Die fortschreitende Rationalisierung und Automatisierung in Produktion und Verwaltung verändern bisherige Arbeitsanforderungen und bringen neue hervor.

Die psychische Gefährdung ergibt sich zum einen aus den mit Dequalifikation verbundenen Bedrohungen beruflicher Identität und des sozialen Status, zum anderen aus den mit Requalifikation auftretenden ungewohnten, steigenden und widersprüchlichen Leistungsanforderungen, die zu permanenten Überforderungen und Spannungszuständen führen (REBELL, 1976, S. 78 - 97). Hinzuweisen ist auch auf den zunehmenden Anteil berufstätiger Frauen, wobei nicht die Berufstätigkeit als solche, sondern die Doppelbelastung durch Beruf und Haushalt, die höhere Arbeitsplatzunsicherheit und die häufiger unqualifizierten und untergeordneten Tätigkeiten die wesentlichsten Faktoren psychischer Belastung für die Frauen darstellen (DIE SITUATION DER FRAU IN ÖSTERREICH, Heft 6, 1975, S. 32 - 66).

Der Strukturwandel der Arbeit beeinflusst die Verhältnisse in der schulischen und beruflichen Ausbildung. Die Verlängerung der Ausbildung für große Teile der Heranwachsenden und der gleichzeitig zunehmende Leistungs- und Konkurrenzdruck bedingen schwere psychische Belastungen. Eine Reihe jüngst in der BRD durchgeführter empirischer Untersuchungen weisen Prävalenzraten psychischer Störungen bei Schulkindern bis zu 25% nach, wobei Leistungsschwierigkeiten eindeutig dominieren. Die Belastungsfaktoren treffen im besonderen die Kinder der sozialen Unterschichten (HENKEL und ROER, 1976, S. 154 - 165).

Die Veränderungen der Lebensbedingungen außerhalb der Arbeit und die damit verbundenen Gefährdungen psychischer Gesundheit sind ein äußerst komplexes und bisher eher vernachlässigtes Problem. Zwischen den Entwicklungen im Arbeits- und Reproduktionsbereich besteht ein enger Zusammenhang. Zu nennen sind der zunehmende Leistungscharakter rekreativer Tätigkeiten bis hin zur Sexualität und die zunehmende Verankerung von personaler Identität in vorweisbaren Statussymbolen, als Folgen einer sich ausbreitenden manipulativen Beeinflussung der "Freizeit" in spätkapitalistischen Gesellschaften (BRÜCKNER, 1977, S. 183 - 187),

3. Abnahme primärer Bewältigungsmöglichkeiten : Unter den angeführten Veränderungen der Produktions- und Reproduktionsstruktur können psychische Probleme und Krisen in geringerem Ausmaß toleriert und bewältigt, psychische Erkrankungen und Behinderungen schwerer ertragen und versorgt werden. Die Generationentrennung bei der Entwicklung der Groß- zur Kleinfamilie, die nachbarschaftliche Desintegration bei zunehmender Urbanisierung und die Integration der Frauen in den außerhäuslichen Produktionsprozeß sind die primären Ursachen der angeführten Entwicklung (DÖRNER, 1973, S. 82 - 96).

4. Ausweitung der psychiatrischen Definition sozialer Abweichungen: Dabei läßt sich nachweisen, "daß dieser Wandel nicht allein zurückgeführt werden kann auf den den Einzelwissenschaften immanenten Erkenntniszuwachs. Er ist vielmehr wesentlich determiniert durch gesellschaftliche Bedürfnisse, nach denen die Funktion des Individuums bestimmt wird und aus denen auch die Handlungsanweisung dafür folgt, was mit solchen zu geschehen hat, die diese Funktion nicht erfüllen können oder wollen" (KEUPP, 1972, S. 104). Unter die genannten "gesellschaftlichen Bedürfnisse" lassen sich die im Zusammenhang mit Legitimationsanforderungen staatlicher Herrschaftsausübung verfeinerten Kontrolltechniken, die konjunkturrell bedingten Versuche der Erhaltung qualifizierter Arbeitskraft durch Behandlung oder Nicht-Hospitalisierung (BRENNER, 1967, S. 180 - 188) sowie spezifische professionelle Interessen der Psychiatrie (GÜSE & SCHMACKE, 1976, Teil 2) subsumieren.

Von den genannten Entwicklungen werden zunehmend mehr Menschen erfaßt, vor allem die aus dem Erwerbsleben Ausgeschiedenen, die noch nicht in den Produktionsprozeß eingetretenen Jugendlichen und die in ungelöste traditionelle Rollenverpflichtungen integrierten Frauen. Innerhalb der Erwerbsbevölkerung werden von den skizzierten Veränderungen zunehmend auch qualifizierte Berufe der Mittelschicht betroffen, so z.B. Facharbeiter, Werkmeister, technische Angestellte und mittlere Beamte. Auch

die kleinen Selbständigen in Handel, Gewerbe und Landwirtschaft unterliegen einer Verschärfung ihrer Arbeits- und Lebensbedingungen (REBELL, 1976, S. 96). Die weniger qualifizierten Lohnabhängigen werden durch die zunehmende Arbeitsplatzunsicherheit sowohl in ihrer materiellen Existenz wie in ihrer psychischen Gesundheit bedroht (STROTZKA & LEITNER, 1969, S. 197 - 199).

Die Hypothese einer diesen Entwicklungen korrespondierenden Veränderung des Krankheitsspektrums psychischer Störungen läßt sich beispielsweise an der allgemein konstatierten starken Zunahme psychosomatischer Erkrankungen erhärten (MITSCHERLICH, 1966, S. 95).

2.2 Tendenzen und Strukturen des psychiatrischen Versorgungssystems in Österreich

Die Institutionen der Psychiatrie stehen seit ihrer Gründung im 18. und 19. Jahrhundert traditionell in einem mehr oder weniger ausgeprägten Widerspruch zu den Bedürfnissen der von ihnen versorgten Personen (DÖRNER, 1969). Den beschriebenen Bedarfserweiterungen und -veränderungen hat sich das Versorgungsangebot nur unzureichend angepaßt, in Österreich hat dieser Prozeß kaum begonnen. Als dominante Tendenzen der Entwicklung der österreichischen Psychiatrie in der Zweiten Republik lassen sich erkennen:

1. Eine quantitative Ausdehnung der bestehenden Versorgungsangebote ohne qualitative Strukturveränderungen. Indikatoren dafür sind der Anstieg der Fachärzte für Neurologie/Psychiatrie um etwa 100% von 1952 bis 1974 und der Anstieg der Bettenkapazität in psychiatrisch/neurologischen stationären Einrichtungen um 22% von 1954 bis 1974. Beide Entwicklungen unterscheiden sich nicht wesentlich von der allgemeinen Tendenz des Fachärztezuwachses bzw. der Ausdehnung der Spitalsbettenkapazität. Überdies sind diese Zuwächse in den 50er Jahren ausgeprägter als in den 60er Jahren (BUCHSTALLER u.a., 1974, Tab. IX; BERICHT ÜBER DAS GESUNDHEITSWESEN IN ÖSTERREICH, 1968, S. 24 und 1974, S. 50).

2. Eine gewisse Angleichung der stationären psychiatrischen Versorgung an das allgemein-medizinische Versorgungssystem. Dieser Anfang der 60er Jahre einsetzende Prozeß stand in unmittelbarem Zusammenhang mit der Verbreitung psychopharmakologischer Behandlungsformen. Der sichtbarste Ausdruck dieser Veränderung ist die Umbenennung der ehemaligen "Heil- und Pflegeanstalten" in "psychiatrische Krankenhäuser". Mit den Umbenennungen gingen Verkleinerungen von Primariaten, eine Vermehrung der angestellten Ärzte, die Neuregelung der Ausbildung des psychiatrischen Pflegepersonals und der Anspruch einer stärkeren abteilungsmäßigen Differenzierung nach Diagnose und Prognose der Patienten einher.
3. Eine ungebrochene Fortsetzung der traditionell bestehenden "Zweiklassenpsychiatrie", mit den psychiatrischen Universitätskliniken, die ihre Klientel selektieren auf der einen Seite und den psychiatrischen Krankenhäusern, die als Abschiebeinstitutionen dienen, auf der anderen Seite.
4. Errichtung einiger weniger vorbildlicher Modellinstitutionen und Aufbau rehabilitativer Dienste in den Anstalten auf Initiative von einigen analytisch und/oder sozialpsychiatrisch orientierten Psychiatern (HARTMANN, 1974, S. 202 - 205; RAINER, 1974, S. 197 - 200). Diese Einrichtungen stehen nur einer kleinen und ausgewählten Patientenpopulation zur Verfügung, in ihnen wird aber eine gewisse Ehrenrettung der österreichischen Psychiatrie erblickt (STROTZKA, 1973).
5. Eine unvermindert bestehende krasse Unterversorgung des psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs, besonders ausgeprägt für die unteren Sozialschichten und die ländlichen Gebiete (STROTZKA, 1977, S. 1). Noch immer ist die Kassen-Honorierung der Psychotherapie stark eingeschränkt (STROTZKA, 1975, S. 144). Einstmalige Pioniereinrichtungen wie das psychotherapeutische Kassen-Ambulatorium in Wien befinden sich in einer Phase der Stagnation (KURIER, 2. 1. 1976, S. 3).

6. Eine zögernd einsetzende zentrale Ziel- und Rahmenplanung durch das Bundesministerium für Gesundheit, die ihren sichtbaren Niederschlag in der Vorlage von Krankenanstaltenplänen findet (vgl. Abschnitt 3. 3 in diesem Beitrag).

Das gegenwärtige "Versorgungssystem" zeichnet sich vorrangig durch zwei Merkmale aus: Erstens stützt es sich im wesentlichen nur auf zwei Komponenten, die ambulante Versorgung durch niedergelassene Fachärzte und die stationäre Versorgung in psychiatrischen Krankenhäusern und Universitätskliniken. Zweitens sind die beiden genannten Komponenten nicht miteinander integriert.

Die ambulante psychiatrische Versorgung

Im derzeitigen Versorgungssystem sind die niedergelassenen Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie die Hauptstütze der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Die niedergelassenen Allgemeinpraktiker, deren Klientel zu etwa einem Viertel aus Patienten mit psychischen Konflikten und Krisen besteht, sind sowohl von ihrer derzeitigen Qualifikation als auch von ihrer gegebenen Arbeitssituation her nicht in der Lage, einen spürbaren Beitrag zur Versorgung von Personen mit psychischen Störungen zu leisten. Die genannten Fachärzte wiederum füllen die ihnen zufallende Rolle ebenfalls nur unzureichend aus. Erstens ist die Mehrzahl der niedergelassenen Nervenärzte neurologisch ausgerichtet. Ihre Ausbildung erfolgt ausschließlich an einer stationären Klientel, in der "endogene" und "organische" psychische Erkrankungen dominieren. Weniger als 10% der Psychiater sind psychotherapeutisch ausgebildet (KATSCHNIG, 1975, S. 65).

Zweitens sind die niedergelassenen Nervenärzte sowohl innerhalb der gesamten gesundheitlichen Versorgung als auch im besonderen innerhalb der psychiatrischen Versorgung isoliert. Überweisungen durch die übrigen Ärzte erfolgen nur zögernd (MÜLLER-THALHEIM, 1975, S. 257). Die Nachbetreuung von stationär

behandelten Patienten wird nur unzureichend wahrgenommen, die Kooperation mit anderen Diensten im Vorfeld der Versorgung kaum realisiert (KATSCHNIG, 1975, S. 65).

Drittens liegt die Anzahl der niedergelassenen Nervenärzte mit Gebietskrankenkassenvertrag (sog. § 2-Ärzte) bei weitem unter dem international anerkannten Minimalwert von einem Psychiater pro 50.000 Einwohner ("ENQUETE-BERICHT", 1975, S. 84). In Österreich entfällt auf etwa 80.000 Personen ein § 2-Facharzt, der zudem neben der psychiatrischen auch für die neurologische Versorgung zuständig ist.

Viertens ist die regionale Verteilung der niedergelassenen Nervenärzte sehr unausgewogen. Auf der Ebene der Bundesländer stehen etwa den relativ günstigen Versorgungsbedingungen in Wien (1 : 41.000) und Vorarlberg (1 : 54.000) krasse Unterversorgungen in den Bundesländern Burgenland (1 : 272.000) und Kärnten (1 : 175.000) gegenüber. (Berechnungen aus BUCHSTALLER u.a., 1974, Tab. III). In 60 von 97 politischen Bezirken Österreichs außerhalb Wiens befindet sich keine Praxis eines Kassen-Nervenarztes. Mehr als die Hälfte aller außerhalb Wiens niedergelassenen Nervenärzte praktiziert in den Hauptstädten der Bundesländer (HÖPFLINGER, 1975, S. 14f.). Innerhalb Wiens besteht zwischen den Gemeindebezirken eine beträchtliche Variation, die von 1 : 153.110 im 10. bis zu 1 : 10.045 im 8. Bezirk reicht. In den neun Bezirken Wiens mit einem Arbeiteranteil von mindestens 40% an der Erwerbsbevölkerung kommen auf einen niedergelassenen § 2-Nervenarzt 64.700 Einwohner, in den vier Wiener Bezirken mit einem Arbeiteranteil unter 25% nur 21.500 (Berechnung aus FLAMM u.a., 1974, S. 83).

Die stationäre psychiatrische Versorgung

1. Die stationär-psychiatrische Versorgung wird in Österreich im wesentlichen von 10 "Landeskrankenhäusern" und drei Universitätskliniken getragen. Der Bettenschlüssel von 1,89 aufgestellten psychiatrischen und neurologischen Betten auf 1000 Einwohner ist im europäischen Vergleich eher niedrig

(vgl. MAY, 1975, S. 595). Angesichts der ambulanten Unterversorgung und des Mangels an flankierenden und komplementären Diensten entsteht ein starker Aufnahmedruck, dem unter anderen mit einer ca. 6%igen Überschreitung des systemisierten Bettenstandes begegnet wird.

2. Die Mehrzahl der Betten konzentriert sich auf wenige Großkrankenhäuser. Über 50% stehen in Anstalten mit mehr als 1500 Betten, lediglich 7% in Anstalten mit weniger als 500 Betten (KATSCHNIG u. a., 1975, Teil 2, S. 6).

3. Die psychiatrischen Landeskrankenhäuser versorgen vornehmlich Patienten aus dem Bundesland ihres jeweiligen Standorts (ebd., Teil 1, S. 30 - 42). Dies bedingt in Kombination mit der Konzentration der Bettenkapazität sehr große Einzugsgebiete mit einigen verkehrstechnisch besonders benachteiligten Bezirken. Anreisewege von 100 - 200 km sind nicht außergewöhnlich (HÖPFLINGER, 1975, S. 22). Auffallend ist weiters die Variation der Bettendichte zwischen den einzelnen Ländern. Sieht man von einem Bundesland ab, das über keine eigenen psychiatrischen Betten verfügt, unterscheiden sich die relativen Bettenschlüssel der einzelnen Länder um mehr als 100%.

4. Die Personalsituation in den psychiatrischen Krankenhäusern ist deutlich ungünstiger als in den allgemeinen Krankenhäusern. So entfallen auf einen angestellten Arzt in einem psychiatrischen Krankenhaus durchschnittlich ca. 50 Patienten, in einem allgemeinen Krankenhaus durchschnittlich ca. 10 Patienten (ausführlicher FORSTER & PELIKAN, 1977, S. 124).

Ohne die praktisch unentgeltliche Hilfe eines Teiles der Patienten würden die psychiatrischen Krankenhäuser in Österreich in ein noch größeres Personalchaos stürzen. Indirekt drückt sich der Einsatz von Patienten als Arbeitskräfte darin aus, daß auf einen Bediensteten des Küchenpersonals in den allgemeinen Krankenhäusern 16 Patienten, in den psychiatrischen Krankenhäusern aber 31 Patienten entfallen (Berechnung aus

DIE KRANKENANSTALTEN ÖSTERREICHES, Statistik für das Jahr 1974, S. 40 - 43). Der Mangel an Psychologen, Sozialarbeitern, Beschäftigungstherapeuten ist gravierend.

5. Die psychiatrischen Krankenhäuser sind nicht nur personell, sondern auch materiell unterausgestattet. In psychiatrischen Krankenhäusern wurden 1974 pro Verpflegungstag im Durchschnitt nur öS 306 aufgewendet, in den allgemeinen Krankenhäusern dagegen öS 615 (Berechnung wie oben). Die Befriedigung elementarer Grundbedürfnisse durch angemessene sanitäre Ausstattung, eigene Nachttische und Schränke, kleine Schlafräume, einigermaßen möblierte Tagesräume etc. ist für den Großteil der Patienten nicht gegeben.

6. Die psychiatrischen Krankenanstalten bekommen ihre Patienten zum größten Teil zwangsweise zugewiesen. An einem Stichtag des Jahres 1974 waren 94% aller in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern Österreichs hospitalisierten Patienten unfreiwillig in stationärer Behandlung (KATSCHNIG u.a., 1975, Teil 2, S. 55).

7. Die in den psychiatrischen Krankenhäusern erreichte Effizienz der Patientenbehandlung ist gering einzuschätzen. Die Patientenpopulation zerfällt in zwei sehr unterschiedliche Subpopulationen. Die Langzeitpopulation - als Erbe aus der Zeit des "therapeutischen Nihilismus" - bietet ein deprimierendes Bild. Von allen Patienten sind 30% am Stichtag bereits über 10 Jahre durchgehend in der Institution, 12% sogar über 20 Jahre (KATSCHNIG u.a., Teil 2, 1975, S. 72). Fast die Hälfte der Patienten sind vollentmündigt, fast ein Fünftel teilentmündigt (ebd. S. 56). Die neu aufgenommenen Patienten werden nach überraschend kurzer Zeit wieder nach Hause entlassen, nach vier Wochen beträgt der Prozentsatz der Entlassenen bereits über 50%. Die Langzeitpopulation wird durch diese Patienten kaum mehr vergrößert, zwei Jahre nach der Aufnahme sind nur noch 2% stationär (ebd., Teil 1, S. 56). Allerdings wird über ein Viertel aller Aufnahmen nach einer Entlassung

innerhalb der folgenden zwei Jahre wiederaufgenommen (ebd., Teil 1, S. 21 und 87).

8. Darüber, was mit den psychiatrischen Patienten in den Anstalten tatsächlich geschieht, d. h. über die Art und Adäquanz der Behandlung und des Umgangs, gibt es auch in Österreich nur bruchstückhafte Informationen. Für große Gruppen von Patienten bestehen keine spezialisierten therapeutischen Angebote. Dies gilt besonders für die geistig Behinderten, die ein Viertel der in den psychiatrischen Krankenhäusern hospitalisierten Population ausmachen. Unter den Patienten bis 30 Jahre liegt ihr Anteil sogar bei zwei Drittel. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer dieser Gruppe liegt bei fast 10 Jahren (KATSCHNIG u. a., 1975, Teil 2, S. 19 und 25). Einige empirische Untersuchungen aus jüngster Zeit bestätigen jene "ungeschriebenen Regeln und Gesetze psychiatrischer Institutionen", welche eine "antitherapeutische Eigendynamik" (BENZ, 1974, S. 160 - 161) repräsentieren. So wird etwa in einem westösterreichischen psychiatrischen Krankenhaus die Elektroschocktherapie extensiv angewendet, es gibt kaum eine Kontraindikation für diese Behandlung (WEISS, 1975, S. 118f.). Es liegen Belege vor, daß diese Behandlung zur Disziplinierung eingesetzt wird. In einem ostösterreichischen psychiatrischen Krankenhaus werden bei wiederholt aufgenommenen oder langjährig hospitalisierten Patienten die Krankengeschichten-Eintragungen immer spärlicher. Schließlich beziehen sie sich nur mehr auf den Körper der Patienten, der Patient ist "sozial gestorben" (STANGL, 1976, S. 107 - 111).

9. Auch in Österreich betrifft die "brutale Realität" der psychiatrischen Krankenhäuser (FINZEN & KLUGE, 1974, S. 130) nicht alle Patienten gleich. In einem westösterreichischen Krankenhaus ist die relative Hospitalisierungshäufigkeit (Prävalenzrate) von Arbeitern annähernd viermal so hoch wie von Selbständigen, Angestellten und Beamten, die relative Aufnahmehäufigkeit (Inzidenzrate) immer noch das zwei- bis vierfache (WEISS, 1977).

10. Die Patienten der psychiatrischen Krankenhäuser sind das Ergebnis einer "negativen Selektion". Ein Indikator sind die überhöhten Sterberaten. Beträgt etwa das Verhältnis von aufgenommenen zu verstorbenen Patienten in allen Krankenanstalten im Jahre 1972 ungefähr 20 : 1, so beträgt es in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern ca. 8 : 1. Der Trend der Zunahme der Sterbefälle ist in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern besonders stark ausgeprägt: Die Zunahme von 1964 bis 1972 beträgt 55% gegenüber 27% in den allgemeinen Spitälern (FORSTER & PELIKAN, 1974; BERICHT ÜBER DAS GESUNDHEITSWESEN IN ÖSTERREICH, 1964, S. 83 und 1972, S. 36). Daß dieser Unterschied nicht aus der Altersverteilung psychiatrischer Patienten allein erklärbar ist, läßt sich aus der Tatsache schließen, daß Patienten, die aus nicht-psychiatrischen Krankenhäusern überwiesen wurden, besonders häufig sterben. Im Vergleich zu einer Sterberate von 7% bei allen Aufnahmen in die Psychiatrie sterben von den überwiesenen Patienten innerhalb von zwei Jahren 17%. Von diesen wiederum sterben 44% in der ersten Woche ihres Aufenthalts in einem psychiatrischen Krankenhaus (KATSCHNIG u.a., 1975, Teil 1, S. 85). So wird ein materiell und personell diskriminierter Sektor innerhalb der Gesundheitsversorgung, der zudem rechtlich diskriminiert ist, zu einer Schwachstelle im Gesamtsystem, die als Abladeplatz für die Folgen der Widersprüche in der übrigen Medizin mißbraucht wird.

2.3 Zur Dynamik der Stabilisierung des gegenwärtigen Versorgungssystems

Die obige Analyse berechtigt zur Einschätzung, daß das öffentlich zugängliche psychiatrische Versorgungsangebot in Österreich mitverantwortlich ist für die Erzeugung und Stabilisierung schwerer psychischer Störungen. Der durch die Lückenhaftigkeit und mangelnde Qualität des Versorgungssystems mitbedingte Prozeß des sozialen Abstiegs und der psychischen Verschlechterung läßt sich in der Terminologie einer (Mißerfolgs)-Karriere

(GOFFMANN, 1961; GERHARDT, 1976) beschreiben: Das Ausbleiben wirksamer Hilfe in früheren Karrierestufen begünstigt den Übertritt vieler Personen mit leichten Störungen in Karrierestufen, die sich durch eine geringere Wahrscheinlichkeit einer Karriereumkehr, eine größere Wahrscheinlichkeit der sozialen Stigmatisierung und jedenfalls durch eine stärkere Interventionsnotwendigkeit auszeichnen. Die mangelnde Qualität der Versorgung in späten Karrierestufen begünstigt den weiteren Abstieg der betroffenen Personen in Stadien dauerhafter Invalidisierung. Für alle Karrierestufen lassen sich Benachteiligungen der sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen nachweisen (FORSTER & PELIKAN, 1977, S. 121 - 127). Der bestehende Zustand wird durch eine Reihe stabilisierender Zirkel und "Tauschverhältnisse" verfestigt. Die relevanten politisch-administrativen Institutionen handeln auf Basis eingeschränkter administrativer und wissenschaftlicher Information über die psychiatrische Versorgung. Die lange Verweildauer stationär versorgter psychisch Kranker bewirkt relativ hohe Kosten und zt zusammen mit der großen Zahl unversorgter psychisch Gestörter gleichzeitig die relative therapeutische Ineffektivität der psychiatrischen Einrichtungen. Die solcherart konstruierte Unheilbarkeits- und Unbezahlbarkeitsideologie wird dann zur Legitimation der Unterausstattung stationärer psychiatrischer Einrichtungen, der Beschränkung des ambulanten Leistungskatalogs und der Aussteuerung von Patienten mit chronischen Leiden aus der Krankenversicherung herangezogen.

Der Handlungsspielraum der Akteure in den Teilbereichen der psychiatrischen Versorgung ist unterschiedlich groß. Im ambulanten Bereich können unattraktive Hilfesuchende durch Indikationsstellung bezüglich ihrer Behandlungsbedürftigkeit und -fähigkeit, durch Wartelisten, kostspielige Behandlung, Überweisungen oder bedürfnisinadäquate Versorgung "ausgefiltert" werden. In den stationären Einrichtungen dagegen kann infolge der eingeschränkten Ressourcen und der erzwungenen Aufnahme schwer gestörter Patienten nur mit der Verminderung des therapeutischen Engagements reagiert werden.

Die strukturellen Zwänge wirken sich am gravierendsten auf die Patienten aus. Verhalten sich die meisten, von psychischen Störungen Betroffenen schon grundsätzlich "versorgungsavers" (MÖLLER, 1972, S. 89 - 96), so trägt die "krankenaverse" Versorgung (ebd. S. 97 ff.) zu einer Verfestigung dieser Tendenz bei. Die Symptomentoleranz erhöht sich, das Krankheitsverhalten wird ungünstiger, die Therapiekoooperation nimmt ab. Die Angehörigen mögen diese Prozesse aufgrund von Stigmatisierungsängsten und unbewußten Schuldgefühlen anfänglich noch unterstützen. Die nur begrenzt mögliche Tolerierung psychischer Störungen in spätkapitalistischen Gesellschaften zwingt sie aber später bei Fortschreiten der Krankheitskarriere zur zwangsweisen Aussonderung der Störenden.

Freilich kann das skizzierte System nicht alle auftretenden Widersprüche absorbieren. Ihre Artikulation durch die sie erfahrenden Patienten und Angehörigen ist allerdings durch deren geringe Organisations- und Konfliktfähigkeit eingeschränkt (vgl. OFFE, 1972, S. 145 ff.). Unter den verschiedenen Psychiatergruppen haben die niedergelassenen Nervenärzte und die Universitätspsychiater beträchtliche Steuerungsmöglichkeiten, um sich gegen diese Widersprüche abzuschildern und daher wenig Anlaß zur Problematisierung des status quo. Geballt und verdichtet dagegen manifestieren sich die Antagonismen in den psychiatrischen Krankenhäusern. Sie treten als Diskrepanz zwischen der steigenden Anzahl der zu Versorgenden und den zur Verfügung stehenden Plätzen bzw. dem zur Verfügung stehenden Personal auf, als Diskrepanz zwischen den Behandlungsbedürfnissen der in die stationäre Psychiatrie transferierten Personen und den angebotenen Behandlungsmöglichkeiten, schließlich als Diskrepanz zwischen den theoretisch verfügbaren (und fallweise auch praktisch eingesetzten) therapeutischen Techniken und ihrer Anwendbarkeit unter den gegebenen institutionellen Bedingungen. "Von ihrer beruflichen Situation, ... den miserablen Arbeitsbedingungen bei wenig generöser Bezahlung und ständiger Mißachtung durch ihre beruflich und ökonomisch besser gestellten

Kollegen müßten es eigentlich die Anstaltspsychiater sein, die einer Änderung der Verhältnisse größtes Interesse abgewinnen müßten" (BAUER, 1973b, S. 6). Die Befürchtung von Mehrarbeit und weiterer Diskriminierung, geringe Information, aber auch die Möglichkeit, in attraktivere Bereiche der Versorgung und anstaltsintern auf rein medizinische und administrative Funktionen auszuweichen und die Widersprüche auf das Pflegepersonal abzuwälzen, haben jedoch bisher eine fortschrittliche Interessensorganisation verhindert. Potentielle Bündnispartner in Massenmedien und organisierten Interessensgruppen benötigen aber gerade angesichts der Unterentwicklung der administrativen und wissenschaftlichen Informationsgewinnung die Artikulation der Betroffenen, um politischen Veränderungsdruck ausüben zu können.

3. Programmatik und Praxis sozialpsychiatrischer Reformansätze

3.1 Reformprogramme und Realisierungen: USA, England, Frankreich, Italien

Obwohl die in der psychiatrischen Versorgung der österreichischen Bevölkerung auftretenden Widersprüche solcherart derzeit weitgehend neutralisiert werden können, ist zu erwarten, daß jene Reformbewegungen und -programme, die in den weiterentwickelten kapitalistischen Staaten entstanden sind, zunehmend auch hierzulande in die Diskussion gebracht werden. Auf der Ebene der wissenschaftlich erarbeiteten Versorgungsprinzipien läßt sich international ein weitgehender Konsens feststellen (zur deutschsprachigen Rezeption siehe BAUER, 1973a; FINZEN, 1975; KISKER, 1973; KATSCHNIG, 1974). Danach gelten als vorrangige Ziele in der Organisation eines Versorgungssystems Bedarfsgerechtigkeit und Zugänglichkeit der einzelnen Komponenten. Die Realisierung der Bedarfsgerechtigkeit soll durch die Integration unterschiedlicher, gestuft-differenzierter Arten von psychiatrischen und ergänzenden Versorgungseinrichtungen in Form eines "therapeutischen Netzes" erreicht werden.

Die Verwirklichung des Zieles der Zugänglichkeit soll durch eine dem alltäglichen Lebenskontext nahestehende (in der Terminologie der angelsächsischen Reformdiskussion "gemeindenähe", in der der französischen "sektorierte") Anordnung der verschiedensten Dienste ermöglicht werden.

Der internationale Konsens über die allgemeinen Prinzipien eines sozialpsychiatrisch ausgerichteten Versorgungssystems verleitet dazu, das komplexe gesellschaftliche Determinationsgefüge psychiatrischer Reformen - insbesondere ihre Verflechtung mit dem Entwicklungsstand der ökonomischen und politischen Verhältnisse - zu unterschätzen. Dies gilt zum einen für die Entstehung der Reformdiskussion. Die heute dominierende Art von Sozialpsychiatrie ist in den USA nach dem 2. Weltkrieg entstanden. Gesellschaftlicher Hintergrund ihres Aufschwungs waren die ökonomischen und legitimatorischen Probleme des Staates angesichts der Versorgungssituation der chronisch Kranken, unter ihnen viele psychisch gestörte Kriegsveteranen (GLEISS u.a., 1973, S. 89). Erstmalig durchgeführte Berechnungen bewiesen die Insuffizienz des bestehenden Versorgungssystems und führten zur Einschätzung psychischer Störungen als vorrangiges Gesundheitsproblem (FEIN, 1958). Ökonomische Kalküle allein garantieren jedoch keineswegs den Aufbau bedürfnisgerechterer Versorgungssysteme: "Zu dem ökonomischen Sachzwang gesellt sich ... die Frage des politischen Kräfteverhältnisses: wer tritt für die Interessen der Patienten dort auf, wo nicht das momentane ökonomische Kalkül in ihrem Interesse wirkt?" (GÜSE & SCHMACKE, 1976, S. 9).

Die Entwicklung der Psychiatriereform in den USA ist dafür ein guter Beleg. Der "Community Mental Health Centers Act" (1964) signalisierte den Übergang von der Programmatik zur Praxis. Die Gemeindezentren sollten alle wichtigen Versorgungsleistungen übernehmen und damit eine Auflösung der überkommenen psychiatrischen Großkrankenhäuser herbeiführen. Bis zum Jahre 1973 waren etwa 400 solcher Zentren entstanden, die zu

diesem Zeitpunkt etwa 700.000 Personen betreuten ("ENQUETE-BERICHT", 1975, S. 185). Ein Jahrzehnt nach dem Anlaufen dieser Programme ist die anfängliche Euphorie z.T. sehr kritischen Einschätzungen der Erfolgsbilanz gewichen. Die Gemeindepsychiatrie hat das bestehende Versorgungssystem nicht abgelöst. Noch immer stehen drei Viertel aller Betten in den zur Schließung vorgesehenen staatlichen Großkrankenhäusern, deren Situation sich durch Mittelkürzungen und Personalabwanderung zudem noch weiter verschlechtert hat (ebd., S. 185). Die Gemeindepsychiatrie hat sich zu einem zusätzlichen Versorgungssystem entwickelt - für eine neue, hauptsächlich der Mittelschicht entstammende Klientel von jüngeren Personen mit leichteren Leidenszuständen, während für chronische Patienten keine Versorgungsangebote bestehen oder die notwendige Koordination mit medizinischen und sozialen Diensten nicht gegeben ist. Dieser Zustand diskriminiert vor allem Patienten der sozialen Unterschichten und Randgruppen (ALBEE, 1971, zit. nach REBELL, 1976, S. 143).

Die USA als der am meisten entwickelte kapitalistische Staat zeichneten - wie auf vielen anderen Gebieten - auch im Bereich der psychiatrischen Versorgung die Entwicklung der europäischen kapitalistischen Staaten vor. Eine wichtige Rolle spielte dabei die WHO, die bereits in ihrem ersten Grundsatzentwurf 1950 an amerikanische Vorbilder anknüpfte.

Dennoch spielen singuläre historische Bedingungen auch im Bereich der verschiedenen Psychiatriereformen eine große Rolle. Das läßt sich belegen für

- Großbritannien, wo mit der Errichtung des nationalen Gesundheitsdienstes 1948 die Randständigkeit und Unterprivilegierung der Psychiatrie aufgehoben wurde, die Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung von den psychiatrischen Krankenhäusern ausging und eine kontinuierlich fortschreitende Verwirklichung initiiert werden konnte (BAUER, 1973b, S. 12 - 25; "ENQUETE-BERICHT", 1975, S. 164, 180 - 183).

- Frankreich, das 1960 per Dekret die Sektorisierung der psychiatrischen Versorgung eingeführt, aber bis auf wenige Modell-Sektoren und Institutionen nicht realisiert hat (HOCHMANN, 1973, S. 19; CASTEL, 1976, S. 271).
- Italien, wo die Reform der Versorgung durch eine Ärztegruppe um BASAGLIA in der Anstalt von Görz initiiert wurde und mittlerweile in mehreren Regionen durch die in der "psichiatria democratica" zusammengeschlossenen Gesundheitsarbeiter in Zusammenarbeit mit Gewerkschaften und kommunalen Verwaltungen getragen wird (MARZI u.a., 1976; CASAGRANDE, 1977).

3.2 Bestandsaufnahme und Reformvorstellungen: Bundesrepublik Deutschland

Die Entwicklung der Psychiatriereform in der BRD ist mit der Vorlage des "Berichts über die Lage der Psychiatrie" (1975) an einen Entscheidungspunkt gelangt (zu den der "Enquete" vorangegangenen Reformbestrebungen siehe DÖRNER, 1975a, S.7 - 12). Damit liegt die bisher umfassendste Bestandsaufnahme über die Versorgungssituation psychisch Kranker in der BRD vor. Gleichzeitig enthält der Bericht ein Paket von Reformvorstellungen, dem der Charakter vielfältiger Kompromisse, die vorwiegend durch ärztliche Interessengruppen bestimmt wurden, anhaftet. Bei kritischer Durchsicht lassen sich eine Reihe von Ausblendungen, Abstrichen und Entschärfungen erkennen, die sich an der Auflösung von fünf Widersprüchen exemplarisch bezeichnen lassen:

Früherfassung versus Primärprävention

Zwar sehen die Vorschläge der Kommission eine wesentliche Ausdehnung des Versorgungssystems und eine Verschiebung des Bewältigungssystems in frühe Stadien psychischer Störungen vor. Doch die Entstehung psychischer Störungen wird nur am Rande thematisiert. Die vorgeschlagenen Handlungsstrategien beschränken sich auf Eingriffe in das biologische Substrat, auf die

Stärkung individueller Resistenz gegenüber "sozialen Noxen" oder auf den Abbau pathogener Verhaltensweisen in den Sozialisationsagenturen (CIOMPI, 1975, S. 778-- 779). Die Scheu vor der Auseinandersetzung mit der Pathogenität gesellschaftlicher Organisationsprinzipien, vor allem im Arbeits- und Ausbildungsbereich, ist das eigentliche "ideologische Handicap" dieses Berichtes. So wird die Illusion vermittelt, ein verbessertes psychiatrisches Versorgungssystem wäre in der Lage, gesellschaftlich bedingte Fehlentwicklungen auszugleichen (GAEDT, 1976, S. 143 f.).

Spezialeinrichtungen versus bedürfnisgerechte Versorgung

Zwar werden in den Vorschlägen die unterschiedlichen Versorgungsbedürfnisse verschiedener Krankheits- und Altersgruppen akzeptiert und durch den Vorschlag einer Differenzierung des Angebots berücksichtigt. Doch die unterschiedliche soziale Lage, die Arbeits- und Reproduktionsbedingungen und das damit zusammenhängende Gesundheits- und Krankheitsverhalten verschiedener Bevölkerungsgruppen bleibt unberücksichtigt. Der Enquete-Bericht ignoriert durchgängig die soziale Verteilung psychischer Störungen in der Bevölkerung und die schichtspezifische Ungleichheit in der Versorgung. Auch in einigen in der BRD bestehenden Reforminstitutionen zeichnen sich Selektionsmechanismen in Richtung einer Diskriminierung von Patienten der sozialen Unter- und Randschichten ab (REBELL, 1976, S. 105 - 132).

Koordinierungspläne versus Auseinandersetzung mit bestehenden Interessenslagen

Zwar wird die Notwendigkeit der Koordination zwischen den verschiedenen Institutionen und Berufsgruppen innerhalb und im Umfeld der psychiatrischen Versorgung betont. Doch werden zentrale Elemente alternativer Versorgungsmöglichkeiten angesichts der durch sie bedrohten Interessen ausgeblendet. Das Behandlungsmonopol der niedergelassenen Psychiater und die verfestigten

Hierarchien in den Krankenhäusern werden bereits auf der Planungsebene durch pluralistischen Ausgleich bis zur Unwirksamkeit neutralisiert (GAEDT, 1976, S. 140 - 141). Systematische Überlegungen im Hinblick auf die politische Realisierung werden erst gar nicht angestellt (KUKLA & STUMME, 1975, S. 29).

Beteiligung von Laien versus Abbau professioneller Dominanz

Zwar wird der Grundsatz einer Einbeziehung von Laien und der Kranken selbst akzeptiert, etwa wenn die "sinnvolle Förderung von Selbsthilfeinitiativen der Betroffenen" als wichtiger Beitrag zur Vorsorge genannt wird ("ENQUETE-BERICHT", 1975, S. 189). Doch die Gesamtkonzeption "folgt der Idee der möglichst totalen und passiven Versorgung" (DÖRNER, 1976, S. 5). Die Delegation von Verantwortung an diejenigen, "die die Arbeit leisten und die Sachkompetenz dafür haben" findet allenfalls in Form einer Verschiebung von "feudalen" zu "hierarchischen" Organisationsstrukturen statt (FINZEN, 1974, S. 14).

Ausdehnung der Versorgungsangebote versus Zurücknahme sozialer Kontrolle

Zwar ist die Notlage einer großen Zahl psychisch Kranker und Behinderter Ausgangspunkt der Enquete-Kommission gewesen ("ZWISCHENBERICHT", 1973, S. 23 - 28). Doch ist gerade die soziale Funktion der Psychiatrie, ihre traditionelle Tendenz, soziale Kontrolle über die individuellen Bedürfnisse ihrer Patienten zu stellen, im Endbericht außerhalb des Blickfeldes geraten. Die konsequente Realisierung der angeführten Organisationsprinzipien liefe vielmehr auf eine deutliche Zunahme an Kontrollmöglichkeiten hinaus (KUKLA & STUMME, 1975, S. 26). Die Frage der Kontrolle psychiatrischer Einrichtungen durch die Bevölkerung und ihre Interessensgruppen wird jedoch nicht einmal berührt (WULEF, 1972, S. 11).

3.3 Analysedefizit und Gesetzesnovellen : Österreich

Das Elend der psychiatrischen Versorgung in Österreich hat bis jetzt noch weit weniger öffentliche und politische Aufmerksamkeit gefunden als in der BRD. Dem entspricht das Defizit an administrativen und wissenschaftlichen Analysen. Durch einige Gesetzesnovellierungen wurde jedoch auch die psychiatrische Versorgung tangiert, so z.B. durch die Zweite Novelle zum Krankenanstaltengesetz (1974). In Übereinstimmung mit letzterem wurde u.a. der Österreichische Krankenanstaltenplan - Teil B des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt. Ein eigenes Kapitel ist dort der psychiatrischen Betreuung gewidmet. In der Definition der Aufgabenstellung ist dieser Zielplan durchaus den Prinzipien der Sozialpsychiatrie verpflichtet. Als vordringliche Aufgaben werden eine gemeindenahe Dezentralisierung der psychiatrischen Betreuung, die Differenzierung und Spezialisierung des Betreuungssystems sowie die Sicherstellung einer durchgehenden Betreuung genannt. Der vorgeschlagene Maßnahmenkatalog zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Betreuung sieht vor allem vor:

- Neu-Errichtung von Fachabteilungen für Psychiatrie und Neurologie an Schwerpunkt-Krankenanstalten in der Größe von 60 - 80 Betten. Diese Abteilungen sollen die Erst- und Akutversorgung für das Einzugsgebiet, die Weiterleitung längerfristig Behandlungsbedürftiger an die psychiatrischen Krankenhäuser und die sozialpsychiatrische Betreuung im angeschlossenen "Standardversorgungsgebiet" leisten.
- Ausbau, verbesserte personelle und materielle Ausstattung und fachliche Differenzierung der bestehenden Sonderheilanstalten für Nerven- und Geisteskranke zu psychiatrischen Fachkrankenhäusern. - Diesen fällt neben der Akut- und Erstversorgung für den engeren Einzugsbereich die gesamte rehabilitative Betreuungsaufgabe sowie die Betreuung spezieller Gruppen zu. Die Pflege und Bewahrung von Dauerhospitalisierten verbleibt zum großen Teil weiterhin in diesen Institutionen.

- Schaffung von Übergangseinrichtungen im Verbund mit den psychiatrischen Fachkrankenhäusern.
- Schaffung von Pflegeeinrichtungen zur Entlastung der psychiatrischen Krankenhäuser (ÖSTERREICHISCHER KRANKEN-ANSTALTENPLAN, Teil B, 1976, S. 46 - 56).

Dieser Zielplan erhält eine Reihe von fragwürdigen Punkten, wie z. B. die Art der Arbeitsteilung zwischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern, die Konzentration der Bettenkapazität in den Fachkrankenhäusern, die großen Einzugsgebiete und die ungünstige Anordnung der Übergangseinrichtungen. Als mögliche Folgen der Realisierung eines solchen Planes lassen sich absehen:

- Die Tendenz zur Ausbildung einer "Zwei-Klassen-Psychiatrie" unterschiedlicher Qualität durch den Aufbau einer attraktiveren Psychiatrie neben der in ihrem traditionellen Ghetto belassenen Anstaltspsychiatrie würde verschärft. Die Möglichkeit des Abschiebens der "unattraktiveren" Patienten in die großen Anstalten bestünde ungebrochen weiter.
- Die Absicht, die Psychiatrie in die allgemeine medizinische Versorgung zu integrieren, hätte nur geringe Erfolgsaussicht, da der Großteil der stationären psychiatrischen Versorgung weiterhin abseits der allgemein-medizinischen Einrichtungen betrieben würde.
- Das in der Bevölkerung vorherrschende negative Stereotyp von den psychiatrischen Anstalten und das entsprechende psychiatrie-averse Krankheitsverhalten würden durch die weitere Dominanz von überdimensionierten Sonderanstalten, in denen zudem noch die prognostisch ungünstigen Patienten konzentriert wären, verfestigt.
- Die als vorrangige Aufgabe angestrebte interne Integration des psychiatrischen Versorgungssystems und damit die Sicherstellung einer durchgehenden Betreuung könnte durch die im Maßnahmenkatalog angelegte Trennung von Behandlung und Rehabilitation nicht realisiert werden.

- Die Chancengleichheit in der Zugänglichkeit der psychiatrischen Einrichtungen wäre durch die Anzahl und die Standorte der Schwerpunktkrankenhäuser nicht gewährleistet.

4. Forderungen für eine bedürfnisgerechte Versorgung psychischer Störungen

Es besteht kein Zweifel, daß grundlegende Reformen im Bereich der psychiatrischen Versorgung, die den Interessen der breiten Massen verpflichtet sind, gegen organisierte Partikular- Interessen im Gesundheitswesen und auch in anderen gesellschaftlichen Bereichen erkämpft werden müssen. Eine umfassende Partizipation der betroffenen bzw. potentiell betroffenen Bevölkerungsgruppen in der Planung, Verwaltung und Kontrolle der psychiatrischen Versorgungseinrichtungen ist somit eine vorrangige Bedingung. Für den Kampf um konkrete Veränderungen werden im folgenden Forderungen aufgestellt, die sich aus theoretischen Annahmen und empirischen Ergebnissen über die Entstehung und Verbreitung psychischer Störungen und aus einer Mängelanalyse des österreichischen Versorgungssystems ableiten lassen sowie internationale Erfahrungen über die Möglichkeiten und Grenzen psychiatrischer Reformen berücksichtigen²⁾.

1. Die derzeitige Situation ist durch einen sich verschärfenden Widerspruch zwischen Versorgungsbedarf auf der einen und Versorgungsangebot bzw. -qualität auf der anderen Seite gekennzeichnet. Einerseits gefährden die Zunahme pathogener Lebensbedingungen, die Veränderung von Bewertungsmaßstäben und Toleranzschwellen, der Wegfall von früher verfügbaren Bewältigungsmöglichkeiten zunehmend das psychische Wohlbefinden breiter Bevölkerungsschichten. Andererseits ist das traditionell eher sozialen Kontroll-Interessen verpflichtete und materiell unzureichend ausgestattete Versorgungssystem relativ immobil, die geringfügigen Veränderungen erfolgen hauptsächlich in Richtung einer Ausweitung bestehender Institutionen und einer Errichtung von Spezialinstitutionen. Selektion und adäquate

Behandlung eines kleinen Teils sowie Ausgrenzung und Unterdrückung eines beträchtlichen Teils der Versorgungsbedürftigen sind die Konsequenzen dieser Entwicklung. Eine erste grundlegende Forderung lautet daher: Eine Gesellschaft, die beansprucht, die Gesundheit ihrer Mitglieder zu sichern, muß Gefährdungen der psychischen Gesundheit und die Diskriminierung der Versorgung psychischer Störungen bekämpfen. Es müssen daher zum einen jene gesellschaftlichen Organisationsprinzipien und -bedingungen analysiert und kontrolliert werden, welche mit der Entstehung psychischer Störungen unmittelbar oder mittelbar zusammenhängen. Zum anderen ist der Aufbau eines qualitativ bedürfnisgerechten psychiatrischen Versorgungssystems sicherzustellen, dessen Charakteristika in den folgenden Forderungen spezifiziert werden.

2. Psychische Störungen entstehen und verlaufen in einem komplexen Determinations- und Interaktionsgefüge. Häufig lösen sie somatische und/oder soziale Störungen aus oder sie sind selbst Folgewirkungen solcher Störungen. Im derzeitigen psychiatrischen Versorgungssystem besteht jedoch die Tendenz, psychische Störungen aus diesem weiteren Zusammenhang zu isolieren und einseitig verengt zu definieren und zu behandeln. Eine entsprechende Ineffizienz der therapeutischen Intervention bis hin zum Verzicht auf eine solche ist die Folge. Daraus ergibt sich als zweite Forderung: Ein psychiatrisches Versorgungssystem muß der Komplexität der Versorgungsbedürfnisse durch eine bessere Integration in die allgemeine Gesundheitsversorgung, insbesondere aber durch die Kooperation mit außermedizinischen Diensten Rechnung tragen. Psychiatrisch-therapeutische Interventionen sollten insbesondere in frühen und späten Karrierestufen hinter die Aktivitäten außermedizinischer Dienste bzw. der betroffenen Personen und Gruppen selbst zurücktreten.

3. Psychische Störungen zeichnen sich aus durch ihre prozeßhafte und umweltabhängige Entwicklung. Die Art der angebotenen Hilfestellung entscheidet daher mit über ihren Verlauf. Das derzeitige Versorgungssystem orientiert sich aber am Modell

der kurativen Individualmedizin. Es wird einerseits von den Patienten gesteuert - soweit sie die Stufen einer Versorgungskarriere bis zur freiwilligen Behandlung überhaupt durchlaufen - andererseits von sozialen Kontrollinstanzen und anderen medizinischen Einrichtungen dirigiert, welche Patienten zwangsweise transferieren. So trägt es wesentlich zur Entstehung chronischer Störungen bei. Daraus resultiert als dritte Forderung: Ein Versorgungssystem psychischer Störungen sollte präventiv ausgerichtet sein. Die prophylaktische Orientierung zielt primär auf die Verhinderung des Auftretens psychischer Störungen ab. Sekundär ist die Verhinderung der Chronifizierung bzw. des Rückfalls und die weitestmögliche soziale Rehabilitation und Reintegration von vorübergehend oder dauerhaft behinderten Personen anzustreben. Die Prävention psychischer Störungen entspricht nicht nur dem Bedürfnis des Einzelnen, Leiden zu vermeiden, sondern ist auch unter gesamtgesellschaftlichen Perspektiven (Kosten) und unter technischen Perspektiven (Überforderung des Systems, Unmöglichkeit der Reversibilität aller Störungen) einem kurativen Modell überlegen.

4. Psychische Störungen sind - abgesehen von wenigen, durch eindeutig organische Defizite und Fehlfunktionen determinierten Symptomen - nur begrenzt objektivierbar. Das derzeitige Versorgungssystem berücksichtigt vor allem akute und innerhalb der bestehenden sozio-ökonomischen Strukturen störende Krankheitsverläufe. Ignoriert werden Leidenszustände und pathologische Entwicklungen, welche nach professionellen Kriterien die Schwelle der Behandlungsbedürftigkeit noch nicht überschritten haben. Ausgegrenzt werden auch Behinderungen, die als chronisch definiert werden und denen Behandlungsfähigkeit nicht mehr zugemessen wird. Als vierte Forderung wird daher postuliert : Ein System zur Versorgung psychischer Störungen muß grundsätzlich für alle Bedürfnisse der Bevölkerung im Zusammenhang mit psychischen Problemen, Krisen, Erkrankungen und Behinderungen zugänglich sein, ohne daß diese notwendigerweise professionell - kurativ bewältigt werden. Eine willkürliche Auswahl oder Ausgrenzung bestimmter psychischer Störungen

nach ihrer Behandlungsbedürftigkeit bzw. -fähigkeit muß abgeschlossen sein.

5. Psychische Störungen erstrecken sich über längere Zeiträume und durchlaufen in der Regel eine Abfolge von qualitativ unterschiedlichen Stufen. Das derzeitige Versorgungssystem dagegen ist unzureichend differenziert und in sich nur mangelhaft integriert. Personen, die von psychischen Störungen betroffen sind, werden daher häufig gar nicht, nicht ausreichend oder nur inadäquat behandelt und im Laufe ihrer Krankheitskarriere von verschiedenen, isoliert nebeneinander bestehenden Einrichtungen versorgt. Als fünfte Forderung folgt daraus: Ein System zur Versorgung psychischer Störungen muß den qualitativ unterschiedlichen Versorgungsbedürfnissen verschiedener Störungsformen und -phasen Rechnung tragen und dabei gleichzeitig die Kontinuität der Versorgung während des Bestehens der Störung sicherstellen.

6. Die sozialen Unter- und Randschichten in spätkapitalistischen Gesellschaften sind in höherem Maß in ihrem psychischen Wohlbefinden gefährdet. Gerade diese Bevölkerungsgruppen aber sind durch das bestehende psychiatrische Versorgungssystem besonders benachteiligt. Die sechste Forderung richtet sich gegen die bestehende Ungleichheit in der Versorgung: In einer dem Gleichheitsgrundsatz verpflichteten Gesellschaft muß ein System zur Versorgung psychischer Störungen die Bedürfnisse aller Bevölkerungsgruppen adäquat berücksichtigen. Das Versorgungsangebot ist daher regional so zu verteilen, daß gleicher Zugang für alle Bedürftigen - ohne Zwang - möglich ist. Zusätzlich ist die Qualität der Versorgung auf die differentiellen Risiken und die typischen Bewältigungsmöglichkeiten einzelner Bevölkerungsgruppen abzustimmen.

ANMERKUNGEN

- 1) vgl. Abschnitt I des vorliegenden Forschungsberichtes
- 2) vgl. Abschnitt III des vorliegenden Forschungsberichtes

FORTSCHREIBUNG ODER STRUKTURREFORM ?

Ein Beitrag zur Reformdiskussion der psychia-
trischen Versorgung in Österreich

III

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. Einschätzung des österr. psychiatrischen Versorgungssystems	69
2. Reformprinzipien und Reformansätze einer sozialen Psychiatrie	72
2.1 Ausländische Entwicklungen	72
2.2 Österreichische Anfänge	78
3. Zielperspektiven, Zielmodell und Realisierungsstrategien für eine Reform der psychiatrischen Versorgung in Österreich	82
3.1 Zielperspektiven	82
3.2 Zielmodell	83
3.3 Realisierungsstrategien	85
Anhang	88

1. Einschätzung des österr. psychiatrischen Versorgungssystems

Die manifesten Probleme und latenten Widersprüche im System der österreichischen psychiatrischen Versorgung lassen sich im Rahmen einer Systemanalyse auf dreierlei Dimensionen festmachen. Die erste, und aus der Perspektive der betroffenen Patienten vorrangige Dimension ist die der Systemoutputs, also der Quantität und Qualität der Versorgungsleistungen, die tatsächlich erbracht werden. Die Leistungen des Systems sind allerdings durch politisch administrative Interventionen nicht direkt steuerbar, sondern können nur indirekt über Maßnahmen auf den beiden anderen Dimensionen des Versorgungssystems, seiner Struktur und seinen Inputs, beeinflußt werden. Unter Systemstruktur sind in diesem Kontext die rechtlichen und historisch-organisatorischen Rahmenbedingungen zu verstehen, innerhalb derer die Versorgung geleistet werden muß, und mit Systeminputs sind gemeint die im Versorgungssystem verfügbaren finanziellen, personellen und technologischen Ressourcen und die Charakteristika der einströmenden Patientenpopulation.

Probleme und Widersprüche als analytische Merkmale eines Versorgungssystems folgen jedoch nicht bruchlos und direkt aus einer Aneinanderreihung von deskriptiven Systemparametern, sondern ergeben sich erst aus der Konfrontation mit Bewertungsstandards. Aussagekräftig sind Vergleiche der empirisch vorgefundenen Parameter oder Strukturmerkmale mit den beobachteten Kennzahlen vergleichsrelevanter bestehender Systeme. Für das System der psychiatrischen Versorgung in Österreich bieten sich als Maßstäbe an: die nichtpsychiatrische medizinische Versorgung in Österreich und Systeme der psychiatrischen Versorgung außerhalb der Grenzen Österreichs.

Um die Diskussion zu erleichtern, wollen wir die Liste der objektivierbaren Indizien und Befunde in einer generellen Diagnose und Prognose in Thesenform zusammenfassen. Exemplarische empirische Belege zu den Behauptungen werden im Anhang angeführt.

These 1: Auf der Leistungsdimension ist die Versorgung psychischer Störungen in Österreich gekennzeichnet durch eine krasse Unter- und Fehlversorgung: unzureichende Qualität, Effektivität und Bedürfnisgerechtigkeit im Sektor der stationären Versorgung und mangelndes bzw. inadäquates Angebot und ungleiche Zugänglichkeit für die prä- und poststationäre Betreuung der Patienten (Anhang, Teil A).

These 2: Die Struktur der psychiatrischen Versorgung ist bestimmt durch eine besonders starke Ausprägung der generellen Strukturschwächen der österreichischen Gesundheitsversorgung und durch zusätzliche Strukturmängel, die aus der nachteiligen Sonderstellung der psychiatrischen Versorgung innerhalb der gesamten Gesundheitsversorgung resultieren. Die wesentlichsten generellen Strukturschwächen (SYSTEMANALYSE DES GESUNDHEITSWESENS IN ÖSTERREICH, 1975) sind: Desintegration der einzelnen Komponenten des Versorgungssystems, soziale Ungleichheit der Versorgungsmöglichkeiten und "professionelle Dominanz" (FREIDSON, 1975; ILLICH, 1975). Die besonderen Strukturmängel (Anhang, Teil B) sind: mangelnde Differenzierung und Spezialisierung, rechtliche und organisatorische Diskriminierung und Dominanz sozialer Kontrollfunktionen über Therapie und Versorgung.

These 3: Die in das System der psychiatrischen Versorgung einströmenden Inputs sind gekennzeichnet durch unterdurchschnittliche Quantität und Qualität der Ressourcen, und durch "negative Auslese" der Patienten. Die unterdurchschnittliche Ressourcenausstattung trifft gleichermaßen zu im finanziellen, personellen und im technologischen Bereich, die negative Selektion der Patienten stimmt sowohl für den Eintrittsmodus wie für die Charakteristika der aufgenommenen Personen (Anhang, Teil C).

These 4: Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Österreich ist gekennzeichnet durch ein kontinuierliches Anwachsen des Versorgungsangebots und nur wenige strukturelle Veränderungen des Gesamtsystems, die nur punktuell ansetzten und damit insgesamt die Stabilisierung und Fortschreibung der

unzureichenden Praxis bewirkten (Anhang, Teil D).

Zur adäquaten Einschätzung des Systems der psychiatrischen Versorgung in Österreich sich die bisher dargestellten Generalthesen und die empirischen Parameter der notwendige Ausgangspunkt. Sie reichen aber nicht aus, um ein realistisches Reformprogramm zu begründen. Zusätzlich notwendig ist eine Vorstellung von der Dynamik, die das Systemgleichgewicht aufrechterhält. An anderer Stelle haben wir stabilisierende Zirkel und Tauschverhältnisse zwischen den verschiedenen Akteuren in der stationären psychiatrischen Versorgung ausführlicher charakterisiert (FORSTER & PELIKAN, 1977). Hier muß eine verkürzte Darstellung der Handlungstendenzen der drei hierarchisch angeordneten Typen von Akteuren genügen. Das "Krankheitsverhalten" der Laien, also der aktuell psychisch Kranken, ihrer Angehörigen und aller potentiell von psychischen Störungen betroffenen Personen auf der untersten Ebene ist bestimmt durch den Versuch, sich der "Psychiatrie" so lange wie möglich zu entziehen und alles was mit Psychiatrie zusammenhängt, affektiv abzuwehren. Dieses psychiatrie-averse Verhalten ist zum guten Teil eine kurzfristig rationale Reaktion auf ein sichtbar unattraktives Versorgungsangebot (MÖLLER, 1972). Auf der mittleren Ebene des professionellen Handelns der Ärzte und Schwestern, die die psychiatrische Versorgung tragen, dominiert eine Grundhaltung gegenüber den psychisch Kranken, die verkürzt als "therapeutisches Disengagement" (PERROW, 1965) gekennzeichnet werden kann. Auch diese distanzierende Haltung der Professionellen gegenüber den Patienten kann teilweise als eine kurzfristig rationale und dadurch auch verständliche Reaktion auf die Versorgung von wenig attraktiven Patienten in einer mit therapeutischen Wirkungsmöglichkeiten unterausgestatteten Arbeitssituation gesehen werden. Auf der obersten Ebene des institutionellen Handelns der finanziell und rechtlich verantwortlichen Träger der psychiatrischen Versorgung (Sozialversicherung, Gebietskörperschaften, etc.) herrscht die Tendenz vor, psychiatrisch Kranke leistungsmäßig zu diskriminieren und psychiatrische Versorgungsinstitutionen hinsichtlich Ausstattung und verfügbarer

Ressourcen krass zu benachteiligen. Vor dem Hintergrund einer überwiegend kurzfristigen und vorwiegend monetären Kosten-Nutzen-Bilanz wird diese Politik gerechtfertigt mit der relativen ökonomischen Unattraktivität der psychiatrischen Patienten und der relativen therapeutischen Ineffektivität und Ineffizienz der psychiatrischen Versorgungsinstitutionen. Damit schließt sich der Kreis. Alle Beteiligten handeln aus ihrer Perspektive rational, tragen aber damit gleichzeitig bis zur Irrationalität, Unmenschlichkeit und Immobilität des Gesamtzustandes. Für Reformansätze stellt sich deshalb die Frage, wo und wie sich diese Zirkel erfolgreich durchbrechen lassen. Dies kann sicher nicht allein durch bessere Gesundheitserziehung und Manipulation der Vorurteile der Laien erreicht werden; ebenso wenig durch Appelle an den Idealismus und die Opferbereitschaft der Berufsgruppen, die in der psychiatrischen Versorgung arbeiten. Vielmehr wird es notwendig sein, die Strukturen selber, die das Handeln der Patienten und Professionellen determinieren, grundlegend zu verändern. Ausgehen können die notwendigen Strukturveränderungen nur von den politisch verantwortlichen Trägern der psychiatrischen Versorgung. Wir untersuchen deshalb im nächsten Abschnitt vorwiegend Reformmodelle und Reformverfahren, die derartige Strukturveränderungen berücksichtigen.

2. Reformprinzipien und Reformansätze einer sozialen Psychiatrie

2.1 Ausländische Entwicklungen

Es gibt für den Bereich der psychiatrischen Versorgung keine eigenständige österreichische Reformideologie und auch die Rezeption der internationalen Diskussion war bisher auf einen kleinen Kreis sozialpsychiatrisch orientierter Experten beschränkt.

Dabei könnten österreichische Reformvorhaben durchaus an einem internationalen Konsens über die notwendigen Prinzipien einer adäquaten psychiatrischen Versorgung anknüpfen. Als solche gelten auf der Ebene der Ziele bzw. Werte:

- eine bedarfsgerechte Versorgung
- eine zugängliche Versorgung

Als Mittel der Zielverwirklichung werden vorgeschlagen:

- Eine Palette unterschiedlicher, bedarfsgemäß differenzierter Arten von psychiatrischen Versorgungseinrichtungen, die in Form eines "therapeutischen Netzes" miteinander und mit ergänzenden medizinischen, pädagogischen und sozialarbeiterischen Institutionen integriert sind.
- Eine lebenskontextnahe, d.h. in der Terminologie der angelsächsischen Reformdiskussion eine "gemeindenähe", in der französischen eine "sektorierte" Versorgungsstruktur (PÖRKSEN, 1974; BAUER, 1976).

Das Organisationsmodell des therapeutischen Netzes soll folgende Defizite der traditionellen Psychiatrie vermeiden helfen:

- die hohe Hospitalisierungs- und Zwangseinweisungsrate
- die lange Hospitalisierungsdauer
- die fehlende Kontinuität in der ambulanten, stationären und poststationären Versorgung ("Zerstückelung des Patienten")
- die häufige Fehlplatzierung von Patienten
- die mangelhafte Spezialisierung für die Bedürfnisse unterschiedlicher Krankheits- und Altersgruppen.

Das Prinzip der Kontextnähe der Versorgung wurde als Reaktion auf die folgenden Mängel und Konsequenzen herkömmlicher Versorgungssysteme formuliert:

- Ungleichheit der Erreichbarkeit bzw. Zugänglichkeit einzelner Versorgungsinstitutionen aufgrund sozialer, wirtschaftlicher und verkehrsbedingter Barrieren;
- Unterversorgung sozial benachteiligter und randständiger Bevölkerungsgruppen;
- Ausgrenzung stationärer Patienten in abgelegene Asyle mit der Konsequenz der Ausgliederung aus gewohnten Lebensbereichen und des Zerreißen sozialer Bindungen;

- Stigmatisierung von behandelten und entlassenen Patienten und Vorurteile gegenüber psychiatrischen Institutionen in der Bevölkerung.

Als eine Organisationsform des psychiatrischen Gesamtsystems, die die Erfüllung des Prinzips der Zugänglichkeit optimal ermöglichen soll, wird die Sektorisierung betrachtet. Als wichtigste Leitlinien gelten (KATSCHNIG, 1974, S. 234 - 238):

- Definition eines überschaubaren geographischen Areals
- Zwang zur Betreuung aller Hilfsbedürftigen des Sektors (Aufnahmepflicht, Verlegungsverbot)
- Deckung der Grenzen des psychiatrischen Sektors mit dem Einzugsgebiet anderer Institutionen
- Integration zwischen allen psychiatrischen, medizinischen und sozialfürsorgerischen Einrichtungen und Berufsgruppen (Koordination, Kooperation).

Innerhalb eines Sektors werden die psychiatrischen Dienste in Form des therapeutischen Netzes organisiert, dessen wesentlichste Charakteristika (DÖRNER & PLOG, 1972) sind:

- Organisation eines Systems von differenzierten Einrichtungen der vorstationären, stationären und nachstationären Versorgung
- Reorganisation des stationären Sektors durch Verringerung der Bettendichte (ca. 1 Bett auf 1000 Einwohner)
Verkleinerung der Einheiten (max. 600 Betten in psychiatrischen Krankenhäusern)
Verbreiterung der Streuung der Bettenangebote (psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Notfallbetten in psychiatrischen Gemeindezentren bzw. Polikliniken)
Übernahme ambulanter Funktionen (direkte Versorgung, konsiliarische Betreuung, Supervision)
- Ausbau der vorstationären Versorgung durch geplante Einbeziehung der Allgemeinpraktiker (Ausbildung, Kooperation mit Sozialarbeit)
stärkere Integration der psychiatrischen Fachärzte
- Einrichtung von neuartigen Institutionen (psychiatrische Gemeindezentren, Kriseninterventionsstellen, Beratungsdienste)

- Zusammenarbeit mit bestehenden medizinischen, sozialfürsorge-
rischen und pädagogischen Institutionen (Übernahme spezi-
fischer Versorgungsleistungen, Beratung, Supervision)
- Ausbau der teil- bzw. nachstationären Versorgung durch Ein-
beziehung der vorstationären, ambulanten Einrichtungen zur
Nachbetreuung und Einrichtung von Spezialinstitutionen
(Tag-, Nachtkliniken, Wohnheime, geschützte Werkstätten
bzw. Arbeitsplätze).

Gesundheitspolitische Voraussetzungen sowohl für eine
"Sektorisierung" als auch für das "therapeutische Netz" in
der psychiatrischen Versorgung sind die folgenden Maßnahmen
(KUKLA & STUMME, 1975):

- umfassende Planung und Koordination
- Erhöhung des materiellen Aufwandes
- quantitative Personalaufstockung
- interdisziplinäre Arbeitsorganisation
- Veränderung der Ausbildung der betroffenen Berufsgruppen.

Dieser internationale Konsens über die allgemeinen Prinzipien
der Sozialpsychiatrie überdeckt jedoch Widersprüche hinsicht-
lich der geforderten Maßnahmen und der gewählten Realisierungs-
strategien in einzelnen Gesellschaften. Die Verflechtung des
psychiatrischen Versorgungssystems mit der allgemeinen Situa-
tion des Gesundheitssicherungssystems, die Determination beider
Systeme durch den Entwicklungsstand der ökonomischen und poli-
tischen Verhältnisse sowie singuläre historische Entwicklun-
gen in einzelnen Gesellschaften haben zu sehr unterschiedlichen
"Psychiatriereformen" geführt. Eigenständige Psychiatrieent-
wicklungen lassen sich belegen für

- England, wo mit der Einführung eines nationalen Gesundheits-
dienstes 1948 die vollständige Gleichstellung der Psychiatrie
im Gesundheitswesen, die Wahl der psychiatrischen Kranken-
häuser als Ausgangspunkt der Reformen und eine kontinuierlich
fortschreitende Verwirklichung derselben initiiert wurde
(BAUER, 1973)
- die USA, in denen seit 1964 der Aufbau von psychiatrischen
Gemeindezentren als zusätzliches, attraktiveres Versorgungs-

angebot betrieben wird, eine Reform, die zwar erst teilweise realisiert wurde, aber nach derzeit vorliegenden Erfahrungen die Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung eher verschärft (BERICHT ÜBER DIE LAGE DER PSYCHIATRIE, 1975)

- Frankreich, das 1960 per Gesetz die Sektorisierung der psychiatrischen Versorgung eingeführt, aber mit Ausnahme weniger Modellsektoren und Institutionen nicht realisiert hat (HOCHMANN, 1973)
- Italien, wo seit Mitte der 60er Jahre die Reform der Versorgung in einzelnen Regionen von der Initiative der Gesundheitsarbeiter in den psychiatrischen Anstalten ausging und mittlerweile auch von der Kooperation mit Gewerkschaften und kommunalen Verwaltungen getragen wird; diese lokalen Ansätze haben sich in letzter Zeit zur "demokratischen Psychiatrie" zusammengeschlossen und es bleibt abzuwarten, ob eine umfassende Psychiatriereform auf nationaler Ebene durchgesetzt werden kann (MARZI, 1976).

Neben diesen Entwicklungen, deren Modellcharakter für Österreich zu prüfen wäre, ist vor allem die Psychiatriereform in der BRD von Interesse, weil sie von ähnlichen strukturellen Voraussetzungen ausgeht und - obwohl sie keinen originären Charakter hat - dem österreichischen Entwicklungsstand um einige Schritte voraus ist.

In der Bundesrepublik Deutschland wurde 1971 von der Bundesregierung eine Sachverständigenkommission zur Beurteilung der Lage der Psychiatrie und zum Entwurf von Reformalternativen eingesetzt.

Aus dem 1975 erschienenen Endbericht (BERICHT ÜBER DIE LAGE DER PSYCHIATRIE, 1975) sind auch für Österreich relevant einerseits die Grundsätze der

- Gleichstellung psychisch und körperlich Kranker in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht
- Integration der stationären psychiatrischen Versorgung in die Gesamtmedizin

- Trennung der Versorgung von psychisch Kranken und geistig Behinderten,
- andererseits die empfohlenen Maßnahmen der
- Sicherung der Befriedigung humaner Grundbedürfnisse in den psychiatrischen Krankenhäusern noch vor Beginn der eigentlichen Reformen
 - Sektorisierung der stationären Versorgung innerhalb von Standardversorgungsgebieten
 - Organisation der stationären Versorgung in einer Weise, welche das Auseinanderfallen in einen Akut- und in einen Chronisch-Kranken-Sektor verhindert
 - Einrichtung von Ambulanzen an allen psychiatrischen Krankenhausabteilungen mit den Funktionen der Behandlung, Rehabilitation, Krisenintervention und konsiliarischen Behandlung und Beratung in bzw. von anderen Institutionen
 - Forcierung des Ausbaus sogenannter komplementärer Dienste zur Versorgung von nicht-krankenhausbedürftigen Patienten und Behinderten (Heimsektor mit entsprechender rechtlicher Grundlegung)
 - Reformen der rechtlichen Regelung von Entmündigung, Zwangsunterbringung und zentraler Registrierung im Sinne eines Abbaus von Repressionen.

Als prinzipielle Kritik am "Endbericht" wurde in den bisher vorliegenden Reaktionen u.a. geäußert (GAEDT, 1976; DÖRNER, 1976):

- der weitgehende Verzicht auf die Festlegung von Prioritäten
- die Unterlassung der Spezifikation der einzelnen Reformschritte
- das Vorherrschen voluntaristischer Steuerungsvorstellungen
- Planungs- und Koordinationsvorschläge abseits der real existierenden Interessen- und Machtverteilungen.

Von den nicht allzu zahlreichen Reformexperimenten in der BRD scheint das Hannoveraner Modell besonders interessant zu sein, weil es eine zugleich konsequent und pragmatisch angelegte

Strukturreform darstellt, über die bereits Erfahrungswerte vorliegen (BAUER, 1975). Seit einigen Jahren praktiziert die Universitätsklinik in Hannover eine strikt sektorisierte Versorgung für einen umliegenden Stadtteil mit ca. 100.000 Einwohnern auf Basis eines stationären Angebotes von 1 Bett auf 1000 Einwohner und einer Vielfalt von angeschlossenen, gestuften Einrichtungen. Die Erfahrungen an der Medizinischen Hochschule in Hannover bestätigen die Annahme, daß psychiatrische Universitätskliniken besonders prädestiniert sind für die Praxis neuer Formen sozial-psychiatrischer Versorgung. Diese Institutionen verfügen als einzige im Prinzip über das volle Angebot an stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten und sind personell ausreichend ausgestattet. Auch unter dem Gesichtspunkt einer realitätsgerechteren Lehre und Forschung erweist sich die Einbeziehung der psychiatrischen Universitätskliniken in eine sektorisierte Psychiatrie als vorteilhaft.

2.2 Österreichische Anfänge

In Österreich gibt es bisher weder eine etablierte Reformbewegung oder umfassende Reformprogrammatik, noch eine tiefgreifende Reformpraxis. Einige beispielhafte Modelleinrichtungen stellen zwar - wie H. STROTZKA einmal bemerkt hat (STROTZKA, 1973) - die Ehrenrettung der österreichischen Psychiatrie dar, aber sie sind leider nicht repräsentativ für die dominierende Art der psychiatrischen Versorgung. Der 1975 beim Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz eingerichtete Psychohygienebeirat könnte am ehesten zum Initiator von bundesweiten Reformen in der Psychiatrie werden. Das interessanteste vorliegende Dokument, das Reform und Planung der psychiatrischen Versorgung berührt, ist der Österreichische Krankenanstaltenplan, Teil B: Langzeit- und Sondernversorgung, des Bundesministeriums für Gesundheit- und Umweltschutz. Ein eigenes Kapitel ist dort der psychiatrischen Betreuung gewidmet. In der Definition der Aufgabenstellung ist dieser Zielplan durchaus den Prinzipien der Sozialpsychiatrie verpflichtet. Als vordringliche Aufgaben werden genannt, eine "gemeindenähe"

Dezentralisierung der psychiatrischen Betreuung, die Differenzierung und Spezialisierung des Betreuungssystems, die Sicherstellung einer durchgehenden Betreuung, d.h. ein therapeutisches Team sollte den einzelnen Kranken in allen Phasen des Verlaufs von der Vorsorge bis zur Resozialisierung begleiten, und der Ausbau sowohl der Kinder- und Jugendpsychiatrie wie der Betreuung von Alkohol- und Drogenabhängigen. Der vorgeschlagene Maßnahmenkatalog zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Betreuung sieht dort vor allem vor (ebd. S. 46 - 56):

- die Neu-Errichtung von Fachabteilungen für Psychiatrie und Neurologie an Schwerpunkt-Krankenanstalten gemäß der 2. Novelle des KA-Gesetzes in der Größe von 60-80 Betten (das wären ca. 20 Abteilungen außerhalb Wiens). Diese Abteilungen sollen die Funktion der Erst- und Akutversorgung für das Einzugsgebiet, der Weiterleitung längerfristig Behandlungsbedürftiger an die psychiatrischen Krankenhäuser und der sozialpsychiatrischen Betreuung (Ambulanz, mobile Dienste, Krisenintervention) für das angeschlossene Standardversorgungsgebiet leisten;
- den Ausbau, die verbesserte personelle und materielle Ausstattung und die fachliche Differenzierung der bestehenden Sonderheilanstalten für Nerven- und Geisteskranke zu psychiatrischen Fachkrankenhäusern. Diesen fällt neben der Funktion der Akut- und Erstversorgung für den engeren Einzugsbereich die gesamte rehabilitative Betreuungsaufgabe zu sowie die Betreuung spezieller Gruppen (Alkohol- und Drogenabhängige, entwicklungsgestörte Kinder und Jugendliche, Anfallskranke). Die Pflege und Bewahrung von Dauerhospitalisierten (schwerstbehinderten Kindern und Jugendlichen, erwachsenen geistig Behinderten, neuropsychiatrischen Pflegefällen u.a.) verbleibt zum großen Teil weiterhin in diesen Institutionen;
- die Schaffung von Übergangseinrichtungen (Tages- und Nachtkliniken sowie Übergangs-Wohnheime) im Verbund mit den psychiatrischen Fachkrankenhäusern;

- Schaffung von Pflegeeinrichtungen zur Entlastung der psychiatrischen Krankenhäuser in Form von Pflegeabteilungen in Pflegeanstalten bzw. -heimen und Sonderpflegeanstalten (ebd. S. 57ff.);
- die Schaffung eigener Betreuungseinrichtungen für Alkohol- und Drogenabhängige und entwicklungsgestörte Kinder und Jugendliche außerhalb der genannten Institutionen;
- damit die Ausweitung der Gesamtkapazität der stationären psychiatrischen Versorgung auf 2.2 Betten/1000 Einwohnern, davon 0,4 für die akut und mittelfristige Behandlung, 0,6 für die mittel- und langfristige Rehabilitation und 1.2 für die langfristige bzw. dauerhafte Pflege- und Bewahrungspsychiatrie.

Gegen diesen Zielplan lassen sich eine Reihe von kritischen Einwänden anführen. Problematische Punkte, deren Konsequenzen zum Teil in direktem Widerspruch zu den anfänglich postulierten vorrangigen Aufgaben treten, sind vor allem:

- Die Arbeitsteilung zwischen den neugeschaffenen Fachabteilungen an den Schwerpunktkrankenanstalten und den psychiatrischen Fachkrankenhäusern würde die regionale und organisatorische Trennung der Behandlungs-, Betreuungs- und Beratungsfunktion einerseits und der Rehabilitations- und Pflegefunktion andererseits etablieren.
- Die Fachabteilungen an den Schwerpunktkrankenanstalten als Einheiten der primären Versorgung hätten viel zu große Einzugsgebiete, um die intendierte "gemeindenahе" Versorgung leisten zu können.
- Der Großteil der Bettenkapazität (ca. 90%) bliebe auf die psychiatrischen Krankenhäuser konzentriert. Die derzeit bestehenden Nachteile würden fortgeschrieben. Diese Anstalten wären weiterhin überdimensioniert (im Durchschnitt mehr als 1000 Betten) und ihre Einzugsgebiete weiterhin bedenklich groß.
- Die Übergangseinrichtungen, deren Kapazität nach internationalen Maßstäben eher zu gering dimensioniert ist,

wären durch ihren Anschluß an die Psychiatrischen Krankenhäuser kaum in der Lage, die intendierte Betreuung "ohne Ausgliederung aus dem gewohnten Arbeits- und Berufsbereich" (ebd. S. 50) zu leisten.

- Die Alkoholikerbetreuung würde stark zentralisiert, wodurch auch hier die Gefahr der Desintegration aus dem Herkunftsmilieu entstünde.
- Die geistig Behinderten würden nur z.T. aus den psychiatrischen Krankenhäusern ausgelagert. Ein eigenes Betreuungssystem für diese Patientengruppe ist nicht vorgesehen.
- Schließlich werden die bedeutsamen Probleme der sozialrechtlichen Diskriminierung der psychiatrisch Kranken nicht einmal erwähnt.

Mögliche und absehbare Folgen der Realisierung dieses Planes sind:

- Die Tendenz zur Ausbildung einer "Zwei-Klassen-Psychiatrie" (ROSE & BAUER, 1975) unterschiedlicher Qualität durch den Aufbau einer attraktiveren Psychiatrie neben der in ihrem traditionellen Ghetto belassenen Anstaltspsychiatrie würde verschärft. Die Möglichkeit des Abschiebens der "unattraktiveren" Patienten in die großen Anstalten bestünde ungebrochen weiter. Die amerikanische Reformpraxis zeigt zudem ganz deutlich, wie die Errichtung der "community mental health centers" neben den etablierten "state mental hospitals" das quantitative Ausmaß der Anstaltspsychiatrie nur unwesentlich verringert, gleichzeitig aber Ressourcen abgezogen werden und damit die materielle und personelle Ausstattung noch verschlechtert wird.
- Die Absicht, die Psychiatrie in die allgemeine medizinische Versorgung zu integrieren, hätte nur geringe Erfolgsaussicht, da der Großteil der stationären psychiatrischen Versorgung weiterhin abseits der allgemein-medizinischen Einrichtungen betrieben würde.
- Das in der Bevölkerung vorherrschende negative Stereotyp von den psychiatrischen Anstalten und das entsprechende

psychiatrie-averse Krankheitsverhalten würden durch die weitere Dominanz von überdimensionierten Sonderanstalten, in denen zudem noch die prognostisch ungünstigen Patienten konzentriert wären, verfestigt.

- Die als vorrangige Aufgabe angestrebte interne Integration des psychiatrischen Versorgungssystems und damit die Sicherstellung einer durchgehenden Betreuung (ebd. S. 41) könnte durch die im Maßnahmenkatalog angelegte Trennung von Behandlung und Rehabilitation nicht realisiert werden.
- Die Chancengleichheit in der Zugänglichkeit der psychiatrischen Einrichtungen wäre durch die Anzahl und die Standorte der Schwerpunktkrankenhäuser nicht gewährleistet. Zudem entstünden durch die auf den Nahbereich beschränkte Aktivität der sozialpsychiatrischen Zentren weitere Ungleichheiten in der psychiatrischen Versorgung.

Unter Berücksichtigung der gegen die Maßnahmen des Krankenanstaltenplanes vorgebrachten Einwände wird im folgenden Abschnitt ein alternatives Reformmodell skizziert. Es geht zwar ebenfalls von sozialpsychiatrischen Prinzipien aus, schlägt aber Maßnahmen und Strategien vor, die eine Realisierung der intendierten Versorgung garantieren.

3. Zielperspektiven, Zielmodell und Realisierungsstrategien für eine Reform der psychiatrischen Versorgung in Österreich

3.1 Zielperspektiven

1. Das Versorgungsangebot muß umfassend sein, d.h. es muß alle Formen psychischer Störungen gleichermaßen berücksichtigen und darf keine einseitige Auswahl oder Ausgrenzung einzelner Störungen nach den Kriterien der Behandlungsbedürftigkeit und -fähigkeit enthalten.
2. Das Versorgungsangebot muß intern und extern integriert sein, d.h. zum einen müssen die verschiedenartigen Versorgungseinrichtungen als Gesamtsystem organisiert werden, zum anderen muß dieses in enger Kooperation mit anderen

medizinischen, insbesondere aber auch mit sozialfürsorge-
rischen und sozialpädagogischen Diensten realisiert werden.

3. Das Versorgungsangebot muß bedürfnisgerecht spezialisiert sein, d.h. es muß für die Versorgung verschiedenster Störungsformen und -phasen bei gleichzeitiger Kontinuität der Versorgung ausreichend differenziert sein.
4. Das Versorgungsangebot muß dezentralisiert und kontextnahe lokalisiert sein, d.h. es muß allen Bevölkerungsgruppen leichte Zugänglichkeit garantieren und erlauben, Vorsorge, Behandlung und Rehabilitation in Auseinandersetzung mit dem realen Lebenskontext durchzuführen.
5. Das Versorgungsangebot muß im Sinne der Demokratisierung und Chancengleichheit gestaltet werden, d.h. statt professioneller Dominanz muß die Partizipation der betroffenen Bevölkerungsgruppen in der Planung, Verwaltung und Kontrolle der psychiatrischen Versorgungseinrichtungen ermöglicht werden.

3.2 Zielmodell

Unter Berücksichtigung der internationalen Reform Erfahrungen und der spezifisch österreichischen Ausgangssituation schlagen wir das folgende Zielmodell zur Diskussion vor:

A. Das Zentrum der Versorgung ist in der Regel die Fachabteilung für Psychiatrie an einer Standardkrankenanstalt. Anzustreben ist ein Einzugsgebiet von 100.000 - 150.000 Einwohnern und ein Bettenschlüssel von ca. 1,5 Betten pro 1000 Einwohner (eine Unterschreitung dieses Bettenschlüssels hängt vom Ausbau der unter Punkt C. beschriebenen komplementären Einrichtungen ab). Damit ergäben sich Abteilungsgrößen zwischen 100 und 150 Betten (inkl. teilstationärer Plätze). Diese Standardversorgung sollte streng sektoriert erfolgen, wobei sich die Sektoren nach Möglichkeit mit den Grenzen von 1-2 politischen Bezirken bzw. entsprechenden Einheiten in Großstädten decken sollten.

B. Analog den Grundsätzen des österreichischen Krankenanstaltenplanes sollten von den entsprechenden Fachabteilungen an sog.

Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten zusätzlich höher spezialisierte bzw. qualifizierte Dienste angeboten werden. Diese zentraleren Fachabteilungen sollten auch für die Ausbildung der verschiedenen Personalkategorien zuständig sein.

C. Die psychiatrischen Fachabteilungen bzw. Zentren sollten dreierlei Funktionen gleichermaßen erfüllen: Versorgung, Betreuung und Beratung. Versorgung, d.h. stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung einschließlich Krisenintervention sowie Rehabilitation. Betreuung heißt Organisation, Koordination und fachliche Versorgung von komplementären außerstationären Sondereinrichtungen, die dem Zwecke der mittel- und längerfristigen Bereitstellung geschützter Lebensbedingungen in den Bereichen Arbeit, Wohnen und Freizeit dienen (geschützte Werkstätten bzw. Arbeitsplätze, Wohnheime, Wohngemeinschaften, Tagesstätten, Patientenklubs etc.). Diese sollten gemeinsam mit den zuständigen sozialfürsorgerischen und sozialpädagogischen Institutionen geführt werden. Beratung meint Übernahme von konsiliarischen und Supervisionsfunktionen in den relevanten medizinischen, pädagogischen und sozialfürsorgerischen Einrichtungen des Sektors.

Die Erfüllung dieser Funktionen sollte so weit wie möglich und notwendig in Kooperation mit den anderen stationären und ambulanten medizinischen Versorgungseinrichtungen erfolgen.

D. Die Zielperspektive der bedürfnisgerechten Spezialisierung wird zum einen in Form der genannten Fachstationen für Neurologie und Psychosomatik realisiert. Zum anderen sollten im Bereich des Sektors zusätzlich spezialisierte Angebote für Kinder und Jugendliche, Alte, Alkohol- und Suchtkranke enthalten sein. Für psychisch und geistig Dauerbehinderte sollten in jedem Sektor Spezialeinrichtungen angeboten werden, die von den psychiatrischen Abteilungen fachlich mitbetreut werden.

E. Zur Verdeutlichung des intendierten Zielmodells sollen folgende Implikationen besonders hervorgehoben werden:

1. Die Notwendigkeit der sozialversicherungsrechtlichen Gleichstellung der psychischen und somatischen Krankheiten und der Verzicht auf die "Aussteuerung von Pflegefällen".

2. Die langfristige Auflösung der bestehenden Sonderanstalten für psychisch Kranke.
3. Die Einrichtung eines spezialisierten Subsystems für Behinderte, aber nicht als isolierten Versorgungsbereich, sondern in Kooperation mit der psychiatrischen Fachabteilung des Standardkrankenhauses.
4. Die Verantwortlichkeit der Fachabteilungen in den Standardkrankenanstalten für die Versorgung aller psychisch Kranken und geistig Behinderten ihres Sektors. Die Patienten dürfen nur an höher qualifizierte bzw. spezialisiertere Krankenanstalten überwiesen werden bzw. können niedergelassene Ärzte oder private Institutionen aufsuchen.
5. Das volle Ambulanzrecht für psychiatrische Fachabteilungen der Krankenanstalten der verschiedenen Versorgungsstufen zur Ermöglichung einer allgemein zugänglichen und umfassenden Standardversorgung.

3.3 Realisierungsstrategien

Eine akzeptable Implementationsstrategie muß unseres Erachtens zweierlei Kriterien gleichermaßen und gleichzeitig erfüllen:

Erstens darf kein Veränderungsschritt zu einem Unterschreiten des derzeit bestehenden minimalen Versorgungsniveaus, auch nicht in den "unattraktiven" Teilbereichen der Versorgung von chronisch Kranken, Alterskranken und Pflegefällen führen.

Zweitens muß die Realisierungsstrategie eine Eigendynamik in Gang setzen, die einen kontinuierlichen und nachweisbaren Fortschritt des Gesamtsystems in Richtung einer gleichwertigen und bedürfnisgerechten Versorgung garantiert.

Daraus folgt, daß eine Reformstrategie nicht neben dem derzeit dominierenden Träger der Versorgung - den psychiatrischen Krankenhäusern - ansetzen darf, sondern gerade sie zum Ausgangspunkt einer schrittweisen Veränderung nehmen muß. Dies läßt sich mit der besonderen Stellung dieser Institutionen innerhalb der derzeitigen psychiatrischen Versorgung begründen. Aufgrund der Rechtslage versorgen sie die Majorität der schweren

psychiatrischen Fälle, in ihnen ist ein Großteil der personellen und materiellen Ressourcen konzentriert, schließlich sind sie aufgrund der öffentlich-rechtlichen Stellung ihrer Spitalserhalter durch gesundheitspolitische Initiativen steuerbar.

Die folgenden Veränderungsschritte stellen eine mögliche Abfolge einer Gesamtreform im Rahmen eines Zeitraumes von zwei Jahrzehnten dar.

Erste Phase: Modellversuche und Schaffung von Reformvoraussetzungen

A. Mit dem Aufbau einer integrierten, umfassenden und sektorisierten Versorgung beginnen die in jeder Hinsicht besser gestellten Universitätskliniken für Psychiatrie und fungieren damit als Modellfälle für die Realisierung der Reformen.

B1. Schrittweise werden die psychischen Erkrankungen sozialversicherungsrechtlich mit den somatischen Erkrankungen gleichgestellt.

B2. Es werden Sofort-Investitionen getätigt zur Anhebung des derzeit inhumanen Versorgungsniveaus von Grundbedürfnissen in den psychiatrischen Anstalten (Nachtkästchen, Schränke, sanitäre Anlagen, Kleidung, Essen, Schlafmöglichkeiten etc.).

B3. Der unzureichende Personalstand in den psychiatrischen Anstalten wird schrittweise ausgeweitet und das sozialpsychiatrische Aus- und Fortbildungsniveau des Personals angehoben.

B4. Innerhalb der psychiatrischen Sonderkrankenanstalten erfolgt eine "interne Sektorisierung", d.h. eine schrittweise Zuordnung bestimmter Versorgungsregionen zu bestimmten Abteilungen.

Zweite Phase: Reduktion der Anstaltspsychiatrie und Realisierung sektorisierter Psychiatrie

1. Jährlich werden ein bis zwei Abteilungen der bestehenden psychiatrischen Sonderkrankenanstalten als Fachabteilungen an die bereits zugeordneten Schwerpunktkrankenanstalten ausgelagert.

2. Die neu etablierte Fachabteilung nimmt bereits in ihrer ersten Bestehungsphase die volle Versorgungsfunktion für den Sektor auf.

3. Innerhalb eines limitierten Zeitraumes sollte die Fachabteilung gemeinsam mit den anderen relevanten Versorgungsträgern die verschiedenen komplementären Dienste im Sektor aufbauen.

4. Als letzter Schritt werden zunehmend konsiliarische und Supervisionsfunktionen in anderen Einrichtungen des Sektors übernommen, womit der Ausbau der Standardversorgungsstufe abgeschlossen ist.

Dritte Phase: Regionale Ausdehnung der Sektorisierung und überregionale Spezialisierung

A. Fortsetzung der Auslagerung von Abteilungen aus bestehenden psychiatrischen Sonderkrankenanstalten an Standardkrankenanstalten und analoger, schrittweiser Aufbau der Versorgung im Sektor.

B. Als letzte Ausbaustufe erfolgt der Aufbau von spezialisierten Versorgungsangeboten für den überregionalen Bedarf.

Durch die Realisierung dieser Reformschritte könnte längerfristig ein besseres Versorgungsniveau für alle Patienten garantiert werden. Gleichzeitig würden durch eine solche Reform einige traditionelle Strukturprobleme der Psychiatrie wie die Stigmatisierung und das ungünstige Krankheitsverhalten der Patienten, der Mangel an und das relative therapeutische Disengagement des Personals sowie der geringe Entwicklungsstand der sozialpsychiatrischen Behandlungsverfahren erfolgreich einer Lösung zugeführt werden. Damit könnte schließlich die Psychiatrie nicht nur innerhalb der Medizin eine den anderen Fachgebieten gleichrangige Stellung einnehmen, sondern auch ihren Beitrag leisten zu einer ganzheitlichen Medizin, die gleichermaßen orientiert ist an den somatischen, psychischen und sozialen Bedürfnissen ihrer Patienten.

ANHANG

Exemplarische empirische Belege zu den Thesen 1-4/Abschnitt 1

A. Zu These 1:

1. Ambulante Versorgung durch niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie/Neurologie (BUCHSTALLER, 1974; FLAMM, 1974):
Anzahl insgesamt (1974): 234, davon §2 Ärzte 94 (entspricht einer Arzt-Bevölkerungsrelation von ca. 1:79.000).
Regionale Verteilung:
Bundesländer (Einwohner pro §2 Arzt) Extremwerte:
Wien 41.000, Vorarlberg 54.000, Kärnten 175.000, Burgenland 272.000.
Bezirke: In 60 von 97 Bezirken außerhalb Wiens keine Praxis eines Kassen-Facharztes. Wiener Gemeindebezirke - Extremwerte (Einwohner pro §2 Arzt): 8. Bezirk 10.045, 10. Bezirk 153.110, "Arbeiterbezirke" 64.700, "bürgerliche Bezirke" 21.500.
2. Stationäre Versorgung in psychiatrischen Krankenhäusern (KATSCHNIG, GRUMILLER, STROBL, 1975).
Hoher Anteil an Langzeitpatienten: An einem Stichtag 1974 waren
58% der Patienten länger als 2 Jahre
43% " " " " 5 Jahre
29% " " " " 10 Jahre
12% " " " " 20 Jahre durchgehend stationär.

Hohe Wiederaufnahmeraten der Kurzzeitpatienten:

51% der Stichtagspopulation sind Wiederaufnahmen, für 21% ist es mindestens die 4., für 11% mindestens die 6. Aufnahme.
40% der Aufnahmen innerhalb eines Jahres sind Wiederaufnahmen (Minimalschätzung).
27% aller Entlassenen werden innerhalb von 2 Jahren wieder aufgenommen (Minimalschätzung).

B. Zu These 2:

1. Geringe Anzahl von stationären Einrichtungen (ca.0.3/100.000, Rang 27 von europ. WHO-Ländern (MAY, 1975).
2. Größe der psychiatrischen Krankenanstalten (KATSCHNIG u.a., 1975)

- 6 von 10 psychiatrischen Krankenhäusern mit mehr als 1000 Betten (in europ. WHO-Ländern liegt der Anteil von Anstalten mit mehr als 1000 Betten bei ca. 20%)
 - 81% der Bettenkapazität in Anstalten mit mehr als 1000 Betten
 - 7% der Bettenkapazität in Anstalten mit weniger als 500 Betten
3. Keine Abteilungen für psychiatrische Patienten in nicht-psychiatrischen Krankenhäusern (in 23 von 30 europ. WHO-Ländern gibt es solche); kein eigenes Betreuungssystem für geistig Behinderte (Anteil an der Population psychiatrischer Krankenhäuser ca. 25% - 17 europ. WHO-Länder verfügen über gesonderte Kapazitäten von mehr als 0,5 Plätze/1000 Einwohner).
4. Nur wenige spezialisierte Einrichtungen für Kinder, Jugendliche und Alte. Mangel an spezialisiertem Personal (Psychologen, Sozialarbeiter (MAY, 1975)).

C. Zu These 3:

1. Personelle Ressourcen (DIE KRANKENANSTALTEN ÖSTERREICHS, 1976) im Vergleich zwischen psychiatrischen Krankenhäusern (PKH), allgemeinen Krankenanstalten (AKA) und TBC-Anstalten (1974):

Durchschnittliche Anzahl Patienten auf	PKH	AKA	TBC
1 Bediensteten	1.9	0.9	1.2
1 angestellten Arzt	47	10	17
1 Angehörigen des Pflegepersonals	3.6	2.6	3.2
1 Angehörigen des Küchenpersonals	31	16	10

2. Finanzielle Ressourcen (DIE KRANKENANSTALTEN ÖSTERREICHS, 1976) im Vergleich PKH, AKA und TBC (1974):

Durchschnittliche Ausgaben und Investitionen pro Verpflegungstag in öS	PKH	AKA	TBC
Gesamtausgaben (ohne Investitionen)	306	615	548
für Verköstigung	24	30	37
für Gebäudeinstandhaltung	14	34	33
für Beheizung und Beleuchtung	10	18	21
für Investitionen	19	42	36

3. "Negative" Patientenselektion (KATSCHNIG, GRUMILLER, STROBL, 1975)

Prävalenzuntersuchung in den PKH am 20.6.1974: 94% aller Patienten zwangsweise aufgenommen, 42% aller Patienten über 60 Jahre. Anteil der oligophrenen Patienten 25%, hoher Anteil an Langzeitpatienten.

Inzidenzuntersuchung in den PKH und Universitätskliniken 1970/71: 36% aller Patienten über 60 Jahre, besonders hohe Sterberate der aus anderen Krankenhäusern zutransferierten Patienten, 25% der Patienten chronische Alkoholiker, hoher Anteil an Wiederaufnahmen.

D. Zu These 4:

Quantitative Ausdehnung des Angebots

1. ambulant (BUCHSTALLER, 1974; FLAMM, 1974)

	1956	1964	1974
Fachärzte für Psychiatrie/abs.	199	282	337
Neurologie	Index 100	142	169
alle Fachärzte	abs. 2974	4125	5254
	Index 100	139	177

2. stationär (BERICHT ÜBER DAS GESUNDHEITSWESEN IN ÖSTERREICH, 1968 bzw. 1974)

	1954	1964	1974
aufgestellte Betten in Fachabteilungen für Nerven- und Geisteskrankheiten	abs. 11609	13357	14107
	Index 100	115	137
aufgestellte Betten in allen Fachabteilungen	abs. 73263	78239	86746
	Index 100	107	119

LITERATURVERZEICHNIS

ALBEE, G. W., Through the Looking Glass; in: International Journal of Psychiatry, 1971 (9), S. 293 (zit. n. C. REBELL, 1976, S. 143)

ARMUT IN WIEN, Hrsg. Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien, Wien, Verlag des österreichischen Gewerkschaftsbundes, 1974

BARTON, R.: Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern, in: A. FINZEN (Hrsg.) Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern, München, R. Piper & Co. Verlag, 1974, S. 11-79

BAUER, M., Zur Situation der psychiatrischen Krankenversorgung in der BRD; in: INITIATIVGRUPPE MEDIZIN UND GESELLSCHAFTLICHER FORTSCHRITT (Hrsg.), Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt, Köln, Pahl-Rugenstein Verlag, 1973a, S. 235 - 246

BAUER, M., Streifzüge durch die englische Psychiatrie; in: Sozialpsychiatrische Informationen 14/15, 1973b (3), S. 1 - 165

BAUER, M., Praktische und methodologische Probleme beim Aufbau einer sektorisierten psychiatrischen Versorgung im Rahmen einer Universität. Am Beispiel der medizinischen Hochschule Hannover, Vortragsmanuskript, Wien, Institut für Höhere Studien, 1975

BAUER, M., Sektorisierte Psychiatrie im Rahmen einer Universitätsklinik - Anspruch, Wirklichkeit und praktische Erfahrungen, Stuttgart, Enke-Verlag, 1977

BAUER, M., G. BISCH, G. HOFER, H.W. JANZ, K.P. KISKER, H. KRÜGER, P. PETERSEN, M. PFLANZ, H. RICHARTZ, H.K. ROSE: Psychiatrie - Eine Einführung, Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 1973

BENZ, A., Ungeschriebene Regeln und Gesetze psychiatrischer Institutionen; der Assistenzarzt im institutionellen Netz; in: Psychiatrische Praxis, 1974 (1), S. 160 - 167

BERICHT ÜBER DAS GESUNDHEITSWESEN IN ÖSTERREICH im Jahre 1964, Wien, 1965; im Jahre 1968, Wien, 1969; im Jahre 1972, Wien, 1974; im Jahre 1974, Wien, 1975; Hrsg. bei allen: Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz

BERICHT ÜBER DIE LAGE DER PSYCHIATRIE IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND, Bonn, Deutscher Bundestag 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4200, mit Anhang Drucksache 7/4201, 1975

BICHLBAUER, D., L. FORNLEITNER, Rehabilitation in Österreich, in: Österreichische Zeitschrift für Politikwissenschaft 76/2, 1976(5), S. 179-196

BRENNER, M. E., Economic change and mental hospitalization: New York State 1910 - 1960; in: Social Psychiatry, 1967 (2), S. 180 - 188

BRÜCKNER, P., Arbeit, Freizeit, Familie und Konsum, in: E. BERGER (Hrsg.), Krank - Zur Krise der Medizin, Wien, Europa-Verlag, 1977, S. 183 - 194

BUCHSTALLER, W., H. H. HOFER, T. RICHTER und U. TIEFENBACHER, Analyse der ärztlichen Versorgung Österreichs, Wien, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 1974

CAESAR, B., Autorität in der Familie - Ein Beitrag zum Problem schichtspezifischer Sozialisation, Reinbeck bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag, 1972

CASAGRANDE, D., Historische Entwicklung der Psychiatrie in Italien, in: E. BERGER (Hrsg.), Krank - Zur Krise der Medizin, Wien, Europaverlag, 1977, S. 111 - 117

CASTEL, R., Psychoanalyse und gesellschaftliche Macht, Kronberg, Athenäum Verlag, 1976

CHALOUPEK G., H. OSTLEITNER, Einkommensverteilung und Verteilungspolitik in Österreich, in: H. FISCHER (Hrsg.) Das politische System Österreichs, Wien, Europa-Verlag, 1975, S. 453-467

CIOMPI, L., Primärprävention psychischer Störungen; in: Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn, Deutscher Bundestag 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4201, 1975, S. 760 - 786

CLOWARD, R. A., L. E. OHLIN, Delinquency and Opportunity: A Theory of Delinquent Groups, New York, Free Press, 1960

DAVIS, F.: Passage Through Crisis, Indianapolis, Bobbs Merrill, 1963

DIE GESELLSCHAFTLICHE REINTEGRATION ÄLTERER MENSCHEN, Wien, Institut für empirische Sozialforschung, 1975

DIE KRANKENANSTALTEN ÖSTERREICHS, Statistik für das Jahr 1974, Wien, Verbindungsstelle der Bundesländer beim Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, 1976

DIE SITUATION DER FRAU IN ÖSTERREICH, Heft 6, Die gesundheitliche Situation der Frau, Wien, Bundeskanzleramt, 1975

DOHRENWEND B. P. und B. S. DOHRENWEND, Sozialer Status und psychische Störungen: Bestandsaufnahme epidemiologischer Forschung; in: H. KEUPP (Hrsg.), Verhaltensstörungen und Sozialstruktur, München, Berlin, Wien, Urban & Schwarzenberg, 1974, S. 137 - 155

DÖRNER, K., Bürger und Irre - Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie, Frankfurt/Main, Europäische Verlagsanstalt, 1969

DÖRNER, K., Der psychisch Kranke in der Industriegesellschaft; in: O. DÖHNER (Hrsg.), Arzt und Patient in der Industriegesellschaft, Frankfurt/Main, Suhrkamp Verlag, 1973, S. 82 - 96

DÖRNER, K., Diagnosen der Psychiatrie - Über die Vermeidungen der Psychiatrie und der Medizin, Frankfurt/Main, Campus-Verlag, 1975a

DÖRNER, K., Wie werde ich Patient oder Sozialisation zum Patienten; in: ders., Diagnosen der Psychiatrie, Frankfurt/Main, Campus Verlag, 1975b, S. 150 - 177

DÖRNER, K., Wie sehen wir die Enquete und was machen wir damit ?; in: Sozialpsychiatrische Informationen 35/36, 1976 (6), S. 4 - 13

DÖRNER, K. und U. PLOG (Hrsg.), Sozialpsychiatrie, Neuwied und Berlin, Luchterhand Verlag, 1972

"ENQUETE-BERICHT" (siehe oben: BERICHT ÜBER DIE LAGE DER PSYCHIATRIE IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND)

FEIN, R., Economics of Mental Illness, New York, Basic Books, 1958

FINZEN, A., Politik mit psychisch Kranken: Reformkosmetik statt Strukturreform; in: Sozialpsychiatrische Informationen, 24, 1974 (4), S. 4 - 17

FINZEN, A., Moderne psychiatrische Einrichtungen; in: H. REIMANN und H. REIMANN (Hrsg.), Psychische Störungen, München, Wilhelm Goldmann Verlag, 1975, S. 201 - 222

FINZEN, A. und E. KLUGE, Die Mißachtung der elementaren Grundbedürfnisse psychiatrischer Krankenhauspatienten; in: Psychiatrische Praxis, 1974 (1), S. 130 - 132

FLAMM, H., M. KUNZE und M.J. KUNZE, Niedergelassene Ärzte in Wien, Wien, Institut für Stadtforschung, 1974

- FORSTER, R. und J. M. PELIKAN, Sonderauswertung unveröffentlichter Spitalsblätter, unveröffentlichtes Manuskript, 1974
- FORSTER, R. und J. M. PELIKAN, Human Needs in Total Institutions - A Critique of Patient Care in an Austrian State Mental Hospital, Paper presented at "Sociology, Health, and Illness", 1976 Annual Conference of the British Sociological Association, Manchester, 6 - 9 April, 1976
- FORSTER, R. und J. M. PELIKAN, Schichtspezifische Aspekte der psychiatrischen Versorgung am Beispiel Österreichs; in: E. BERGER (Hrsg.), Krank - Zur Krise der Medizin, Wien, Europa-verlag, 1977, S. 118 - 131
- FOUCAULT, M., Wahnsinn und Gesellschaft - Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft, Frankfurt/Main, Suhrkamp Verlag, 1969
- FREIDSON, E., Dominanz der Experten, München/Berlin/Wien, Urban & Schwarzenberg, Reinbek bei Hamburg, Rowohlt-Verlag, 1975
- FRIED, M., Social Differences in Mental Health; in: J. KOSA und I. K. ZOLA (Hrsg.), Poverty and Health, Cambridge, London, Havard University Press, 1975, S. 135 - 192
- GAEDT, C., Ein Lehrstück bundesdeutscher Reformpolitik: Der Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland; in: Jahrbuch für kritische Medizin, Band 1, Berlin, Argument Verlag, 1976, S. 138 - 150
- GERHARDT, U., Krankenhauskarriere und Existenzbelastung; in: Zeitschrift für Soziologie, 1976 (5), S. 215 - 236
- GLASER, B. und A. STRAUSS, Time for Dying, Chicago, Aldine, 1968
- GLEISS, I., R. SEIDEL und H. ABHOLZ, Soziale Psychiatrie - Zur Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung, Frankfurt/Main, Fischer Taschenbuch Verlag, 1973
- GOFFMAN, E., The moral career of the mental patient; in: ders., Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates, New York, Doubleday, 1961, S. 125 - 169
- GÜSE, H. G. und N. SCHMACKE, Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus, Kronberg, Athenäum Verlag, 1976
- GURIN, G., J. VEROFF, S. FELD, Americans View Their Mental Health. A Nationwide Interview Survey, New York, Basic Books, 1960
- HÄFNER, H., Krisenintervention; in: Psychiatrische Praxis, 1974 (1), S. 139 - 150
- HAGNELL, O., Incidence and duration of episodes of mental illness in a total population; in: E. H. HARE und J. K. WING (Hrsg.), Psychiatric Epidemiology, London, New York, Toronto, Oxford University Press, 1970, S. 213 - 224
- HARTMANN, O., Das Nachtspital des Rehabilitationszentrums im Psychiatrischen Krankenhaus der Stadt Wien; in: Psychiatrische Praxis, 1974 (1), S. 202 - 205
- HENKEL, D. und D. ROER, Häufigkeit, Sozialverteilung und Verursachung psychischer Störungen in der BRD; in: Das Argument, Sonderband 12, 1976, S. 148 - 189
- HOCHMANN, J., Thesen zu einer Gemeindepsychiatrie, Frankfurt, Suhrkamp Verlag, 1973
- HOLLINGSHEAD, A. B., F. C. REDLICH, Social Class and Mental Illness: A Community Study, New York - London - Sydney, John Wiley & Sons Inc., 1958

HÖPFLINGER, H., Die psychiatrische Versorgung Österreichs, unveröffentlichte Seminararbeit, Wien, Institut für Höhere Studien, 1975

ILLICH, I., Die Enteignung der Gesundheit, Reinbek bei Hamburg, Rowohlt-Verlag, 1975

IRELAN, L. M. (Hrsg.), Low-income life styles, Washington D. C., 1966

JAEGGI, U., Kapital und Arbeit in der Bundesrepublik, Frankfurt/Main, Fischer Taschenbuch Verlag, 1973

KATSCHNIG, H., Leitlinien für eine sektorierte psychiatrische Versorgung der Bevölkerung; in: Der Aufbau, 1974, S. 234 - 238

KATSCHNIG, H., Psychiatrische Versorgung; in: Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich, Band IV, Projektbericht, Wien, Institut für Höhere Studien, 1975, S. 56 - 70

KATSCHNIG, H., I. GRUMILLER und R. STROBL, Daten zur stationären psychiatrischen Versorgung Österreichs, Teil 1: Inzidenz, Teil 2: Prävalenz, Wien, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 1975

KEUPP, H., Psychische Störungen als abweichendes Verhalten - zur Soziogenese psychischer Störungen, München, Berlin, Wien, Urban & Schwarzenberg, 1972

KISKER, K. P., Eine Prognose der psychiatrischen Therapeutik; in: Der Nervenarzt, 1973 (44), S. 184 - 194

KOHN, M. L., Class and Confirmity: A Study in Values, Homewood, Ill., Dorsey, 1969

KOHN, M. L., Der Zusammenhang von Schicht, Familie und Schizophrenie: Eine Neuformulierung, in: H. KEUPP (Hrsg.) Verhaltensstörungen und Sozialstruktur, München - Berlin - Wien, Urban & Schwarzenberg, 1974

KOOS, E. L., The Health of Regionville - What the People Thought and Did about it, New York - London, Hafner Publishing Company, 1954

KUKLA, R. und W. STUMME, Aspekte psychiatrischer Planung; in: Sozialpsychiatrische Informationen 25, 1975 (5), S. 23 - 32

LEIGHTON, D. C., J. S. HARDING, D. B. BACKLIN, A. M. MACMILLAN und A. H. LEIGHTON, The Character of Danger: Psychiatric Symptoms in Selected Communities, Vol. 3 of the Stirling County Study of Psychiatric Disorders and Sociocultural Environment, New York, Basic Books, 1963

MARZI, V., A. PIRELLA und R. TRANCHINA, Aspekte der "Demokratischen Psychiatrie" in Italien; in: Jahrbuch für kritische Medizin, Band 1, Berlin, Argument Verlag, 1976, S. 53 - 61

MAY, R., Überblick über die psychiatrischen Gesundheitsdienste in Europa; in: Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn, Deutscher Bundestag 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4201, 1975, S. 576 - 628

MISHLER, E. G., N. A. SCOTCH, Sociocultural Factors in the Epidemiology of Schizophrenia; in: H. WECHSLER, L. SOLOMON, B. M. KRAMER (Hrsg.), Social Psychology and Mental Health, New York, u.a., Holt, Rinehart and Winston, 1970, S. 128 - 160

MITSCHERLICH, A., Über die Vielschichtigkeit sozialer Einflüsse auf Entstehung und Behandlung von Psychosen und Neurosen; in: ders., Krankheit und Konflikt - Studien zur psychosomatischen Medizin I, Frankfurt/Main, Suhrkamp Verlag, 1966, S. 74 - 99

MÖLLER, M. L., Krankheitsverhalten bei psychischen Störungen und die Organisation psychotherapeutischer Versorgung; in: Das Argument, 71, 1972 (14), S. 88 - 109

MOSER, T., Jugendkriminalität und Gesellschaftsstruktur - Zum Verhältnis von soziologischen, psychologischen und psychoanalytischen Theorien des Verbrechens, Frankfurt/Main, Suhrkamp Verlag, 1970

MOSER, T., Repressive Kriminalpsychiatrie. Vom Elend einer Wissenschaft. Eine Streitschrift, Frankfurt/Main, Suhrkamp Verlag, 1971

MÜLLER-THALHEIM, W. K., Hat die nervenärztliche Praxis noch eine Zukunft ?; in: Psychiatrische Praxis, 1975 (2), S. 257 - 260

MÜNDEL, W., Die Tiefenschicht der Armut; in: Wirtschaft und Gesellschaft, 1977 (3), Heft 2, S. 139 - 163

MYERS, J. K., B. H. ROBERTS, Family and Class Dynamics in Mental Illness, New York, John Wiley, 1959

NOVOTNY, E., Ökonomische Gleichheit als Ziel der Wirtschaftspolitik; in: Österreichische Zeitschrift für Politikwissenschaft, 75/1, 1975(4), S. 31 - 47

OFFE, C., Politische Herrschaft und Klassenstrukturen. Zur Analyse spätkapitalistischer Gesellschaftssysteme; in: G. KRESS und D. SENGHAAS (Hrsg.), Politikwissenschaft - Eine Einführung in ihre Probleme, Frankfurt/Main, Fischer-Taschenbuch Verlag, 1972 (a), S. 135 - 164

OFFE, C., Strukturprobleme des kapitalistischen Staats, Frankfurt/Main, Suhrkamp Verlag, 1972(b)

ÖSTERREICHISCHER KRANKENANSTALTENPLAN, Teil B: Langzeit- und Sonderversorgung, Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz, Wien, 1976

PELIKAN, J. M., Zur Verwendung des Konzepts "Soziale Karriere" in der Medizinsoziologie, Referat in der Sektion Medizinsoziologie, am 18. Deutschen Soziologentag, Bielefeld, 28.9. - 1.10. 1976

PERROW, C., Hospitals: Technology, Structure and Goals; in: J. G. MARCH (ed.), Handbook of Organisations, Chicago, Rand McNally, 1965, S. 910 - 991

PÖRKSEN, N., Kommunale Psychiatrie - Das Mannheimer Modell, Reinbek bei Hamburg, 1974

POULANTZAS, N., Klassen im Kapitalismus heute, Westberlin, Verlag für das Studium der Arbeiterbewegung, 1975

RAINER, R., Erfahrungen nach 11 Jahren Nachtklinik in der Landesnervenanstalt Salzburg; in: Psychiatrische Praxis, 1974 (1), S. 197 - 200

REBELL, C., Sozialpsychiatrie in der Industriegesellschaft - Arbeitsbedingungen, psychische Erkrankungen und psychiatrische Versorgung, Frankfurt/Main, New York, Campus Verlag, 1976

ROSE, K. H. und M. BAUER, Regionalisierte Psychiatrie als Möglichkeit zur Überwindung der Schranke zwischen Universitäts- und Landeskrankenhaus-Psychiatrie; in: Psychiatrische Praxis 1975 (2), S. 233 - 243

ROTH, J., Timetables, Indianapolis, Bobbs-Merill, 1963

ROTH, J., Armut in der Bundesrepublik. Beschreibungen, Analysen, Familiengeschichten, Frankfurt/Main, Fischer-Taschenbuch Verlag, 1976

SCHEFF, T., Das Etikett "Geisteskrankheit" - Soziale Interaktion und psychische Störung, Frankfurt/Main, S.Fischer Verlag, Reihe Conditio Humana, 1973

SCHÖNBÄCK, W., Zur Ungleichheit der sozialstaatlichen Gesundheitssicherung in Österreich; in: Österreichische Zeitschrift für Politikwissenschaft, 1975 (4), Heft 1, S. 85 - 94

SHEPERD, M., B. COOPER, A. C. BROWN und G. W. KALTON, Psychiatric Illness in General Practice, London, New York, Toronto, Oxford University Press, 1966

SHEPERD, M., Psychiatric epidemiology and general practice; in: E. H. HARE and J. K. WING (Hrsg.), Psychiatric Epidemiology, London, New York, Toronto, Oxford University Press, 1970, S. 281 - 282

SHORT, J. F., F. L. STRODTBECK, Group Process and Gang Delinquency, Chicago-London, The University of Chicago Press, 1965

SROLE, L., T. S. LANGNER, S. T. MICHAEL, M. K. OPLER and T. A. C. RENNIE, Mental Health in the Metropolis: the Midtown Manhattan Study, New York, McGraw-Hill Book Company, 1962

STANGL, I., Die soziale Konstruktion von Krankengeschichten, unveröffentlichte Diplomarbeit, Wien, Institut für Höhere Studien, 1976

S TEINERT, H. (Hrsg.), Der Prozeß der Kriminalisierung. Untersuchungen zur Kriminalsoziologie, München, Juventa, 1973

STROTZKA, H. und I. LEITNER, Sozialpsychiatrische Auswirkungen einer akuten ökonomischen Krise; in: Wiener Medizinische Wochenschrift, 1969 (119), S. 196 - 199

STROTZKA, H., I. LEITNER, G. CZERWENKA-WENKSTETTEN, S. R. GRAUPE und M. SIMON, Kleinburg: Eine sozialpsychiatrische Feldstudie, Wien, Österreichischer Bundesverlag, 1969

STROTZKA, Die psychiatrische Situation in Österreich, Vortrag bei der Tagung "Psychiatrie im Aufbruch", Wien, 15. 12. 1973

STROTZKA, H., Organisation und Finanzierung der Psychotherapie; in: ders. (Hrsg.), Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen, München, Berlin, Wien, Urban & Schwarzenberg, 1975, S. 141 - 144

STROTZKA, H., Psychotherapie - Politik, Referat beim Internationalen OECD-Expertenworkshop, unveröffentlichtes Manuskript, Wien, 1977

SWOBODA, H., Sozialstaat und kapitalistische Entwicklung in Österreich; in: Österreichische Zeitschrift für Politikwissenschaft 73/4, 1973 (2), S. 333 - 353

SYSTEMANALYSE DES GESUNDHEITSWESENS IN ÖSTERREICH, Wien, Institut für Höhere Studien, Projektbericht in 5 Bänden, 1975

TJADEN-STEINHÄUER, M., K. H. TJADEN, Klassenverhältnisse im Spätkapitalismus. Beitrag zur Analyse der Sozialstruktur unter besonderer Berücksichtigung der BRD, Stuttgart, Ferdinand Enke Verlag, 1973

VINNAI, G., Sozialpsychologie der Arbeiterklasse - Identitätszerstörung im Erziehungsprozeß, Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuchverlag, 1973

WALLER, H., Zur sozialen Selektion einer psychiatrischen Klinik; in: K. DÖRNER, U. PLOG (Hrsg.), Sozialpsychiatrie - Psychisches Leiden zwischen Integration und Emanzipation, Neuwied und Berlin, Hermann Luchterhand Verlag, 1972, S. 70 - 76

WEISS, H., Materialien für eine soziale Psychiatrie, unveröffentlichte Dissertation, Innsbruck, 1975

WEISS, H., Soziale Schicht und psychiatrische Versorgung;
in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 1977 (2),
Heft 3/4 (in Druck)

WING, J. K., G. W. BROWN, Institutionalism and Schizophrenia,
London, Cambridge University Press, 1970

WULFF, E., Psychiatrie und Klassengesellschaft - Zur Be-
griffs- und Sozialkritik der Psychiatrie und Medizin, Frank-
furt/Main, Athenäum Verlag, 1972

ZWISCHENBERICHT DER SACHVERSTÄNDIGENKOMMISSION zur Erarbeitung
der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik
Deutschland ("ZWISCHENBERICHT"), Bonn, Deutscher Bundestag
7. Wahlperiode, Drucksache 7/1124, 1973