

Psychiatrie in Wien - Eine Zurechtrückung

Zur Diskussion über psychiatrische Versorgungsstrukturen in Wien

Peter Vitecek, Wien

Das Phänomen „Psychiatrie“ sowie die Versorgung und Betreuung von psychisch kranken Menschen allgemein kann nicht als singuläres Ereignis oder abgeschlossener Bereich innerhalb einer Gesellschaft verstanden werden, sondern spiegelt die Einstellung der Gesellschaft und die herrschende Meinung zu den seelischen Erscheinungen und Leidenszuständen wider. Es wird, wenn man sich die Lage der Psychiatrie in einem Land ansieht, relativ schnell klar, welche Bedeutung diesem Thema allgemein und in Politik und Medizin beigemessen wird und welche Vorurteile und Vorbehalte gegenüber der Psychiatrie und psychisch kranken Menschen bestehen. Pointiert und in Abwandlung eines Satzes von Edith Kurzweil könnte man sagen, dass jedes Land jene Psychiatrie hervorbringt, die es braucht, um die bestehenden Vorbehalte beibehalten zu können.

Tabuisierung, Stigmatisierung, Ausgrenzung

Angeblich ist es in den Vereinigten Staaten von Amerika in gewissen Gesellschaftsschichten normal, zum Psychotherapeuten zu gehen oder Medikamente gegen Depressionen zu nehmen (an Schizophrenie oder einer Psychose zu leiden, ist wahrscheinlich auch in Amerika nicht schick). In unseren Breiten hingegen ist fast jeder, der auf Grund eines seelischen Leidens Hilfe benötigt, mit jener Tabuisierung, Stigmatisierung und Ausgren-

zung konfrontiert, die es hierzulande schwer macht, über Seelisches zu reden. Als Österreicher überlassen wir das Seelische eher den Dichtern und Schriftstellern.

Diese Ausgrenzung trifft besonders diejenigen, die schwerer erkrankt sind. Und es trifft auch diejenigen, die sich professionell mit seelischem Leiden befassen. Psychiater und Psychotherapeut zu sein oder in einer Psychiatrie zu arbeiten, bedeutet auch immer wieder mit der Frage konfrontiert zu werden, ob man da nicht selbst auch ein wenig von denen da annehmen würde.... Und diese Ausgrenzung wird stärker, je kränker die Personen sind, die behandelt werden. Mitarbeiter von psychiatrischen Anstalten werden stärker ausgegrenzt und mit diesen Fragen konfrontiert als niedergelassene Fachärzte oder Psychotherapeuten. Die Ausgrenzung der Psychiatrie und aller Personen, die mit ihr Kontakt haben, wird umso stärker, je größer in der Gesellschaft der Normierungsdruck auf das Individuum ist. Offenbar brauchen wir bis heute eine Psychiatrie, die zur Abschreckung und als „Erziehungsmittel“ einsetzbar ist. „Wenn du nicht tust, was ich dir sage, kommst du am Steinhof“, funktioniert immer noch. Vielleicht wollen wir auf einer unbewussten Ebene auch gar nicht, dass sich das ändert.

Dabei sind in den letzten Jahrzehnten, seit dem In-Kraft-Treten des Psychotherapiegesetzes, durchaus positive Veränderungen zu bemer-

ken. Psychotherapie und die Neurologie (als somatische Schwester der Psychiatrie), wird - so mein Eindruck - mehr anerkannt als früher. Auch ist jemand, der zum Therapeuten oder zum Nervenarzt oder Neurologen geht, weniger mit schiefen Blicken konfrontiert, wenn er sich outet, als das früher er Fall war oder auch jetzt noch der Fall ist, wenn jemand einen Psychiater aufsucht.

Dass Fachärzte für Psychiatrie in der Versorgung der Bevölkerung keine so große Rolle spielen, zeigt sich auch daran, dass in Österreich Psychopharmaka zum größten Teil von Hausärzten, Internisten und Neurologen verschrieben werden.

Psychisches Leid scheint zudem mehr anerkannt, wenn es mit einer bestimmten Diagnose verbunden ist, die darauf hinweist, dass die Erkrankung „von Außen“ zugefügt wurde: So sind Erkrankungen und Störungen nach seelischen Traumata, Erschöpfungssyndrome nach Überarbeitung (Burnout) und manche Formen der Neurose (z.B. umschriebene Angstsyndrome, Schlafstörungen und leichte Depressionen) inzwischen so weit enttabuisiert, dass darüber auch öffentlich gesprochen werden kann.

„Psychiatrie light“ und „Dirty-Work-Psychiatrie“

Die Psychiatrie, die sich nicht mit diesen „leichten“ Erkrankungen, sondern mit psychotischen Störungen befasst, scheint in einer Kon-

Die Rubrik **Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie** greift Themen aus den Bereichen Psychiatrie, Neurologie, Pharmakologie und angrenzender medizinischer Gebiete auf, die für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten relevant sind. Fachredaktion dieser Rubrik: Dr.med. Katrin Skala und Dr.med. Peter Vitecek, Wien.

kurrenzsituation gefangen und derzeit in einem Verdrängungsprozess zu unterliegen: Auf der einen Seite die somatische Medizin, deren Fortschritte anerkannt werden und der auch finanzielle Mittel eingeräumt werden, und auf der anderen Seite die Psychotherapie. Der Psychiatrie scheint in diesem Prozess nur noch die Betreuung der Schwerkranken zu bleiben, sie scheint wieder vermehrt mit ihrem ursprünglichen Kernklientel befasst, die leichter Erkrankten können in die somatische Medizin ausweichen oder werden von Psychotherapeuten oder in neurologischen Abteilungen und psychotherapeutisch orientierten psychosomatischen Einrichtungen behandelt.

Überspitzt formuliert könnte man also eine Teilung der Psychiatrie in eine für leichte und eine für schwere Fälle konstatieren: Eine „Psychiatrie light“ und eine „Dirty-Work-Psychiatrie“ mit Gurten und Netzbetten und Vollversorgungsauftrag. Eine Folge dieser Entwicklung ist, dass versorgende Psychiatrien wieder mehr den Abschreckungseffekt ausüben und in der Bevölkerung und Politik nicht als medizinisches Fach, sondern als Teil der staatlichen Ordnungsmacht gesehen werden, wodurch der Abgrenzungsprozess fortgeschrieben und intensiviert wird. Dies führt dazu, dass Menschen mit schweren seelischen Störungen mehr Angst vor einer stationären Aufnahme haben und bis zum letzten Augenblick versuchen, nicht aufgenommen zu werden. Sie können erst verspätet, in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung in eine nötige Behandlung einwilligen und erleiden dadurch schwere Nachteile. Auch gestaltet sich die Aufnahme dieser Menschen oft dramatischer und es bedarf mehr Medikation und Beschränkung, um die Behandlung anzubahnen.

In den ersten Monaten dieses Jahres war wieder öfters verallgemeinernd von „der Psychiatrie“ die Rede. Gemeint war allerdings klar die Dirty-Work-Psychiatrie, die auf Grund der Entwicklung in der medizinischen Landschaft mit der Behandlung der psychisch Schwerkranken befasst ist.

Dabei (und das sollte nach obigen Ausführungen klarer sein): „Die Psychiatrie“ gibt es so wenig, wie es „die Medizin“ oder „die Psychotherapie“ gibt. Zumindest zwei große Gruppen von psychiatrischen Einrichtungen können schnell ausgemacht werden (auf andere Unterschiede, wie unterschiedliche Schulen und Glaubensrichtungen, die es in der Psychiatrie natürlich auch gibt, kann in diesem Artikel nicht näher eingegangen werden):

Auch wenn man nur die versorgende Psychiatrie betrachtet, fällt schnell auf, dass die Aufgaben der stationären psychiatrischen Einrichtungen recht unterschiedlich sind. So gibt es in Österreich Einrichtungen, die für die Versorgung von 120000 Einwohnern konzipiert sind und Einrichtungen, die mehr als einen Million Einwohner versorgen müssen.

Ein Lösungsansatz reicht nicht

Verallgemeinernde Phrasen implizieren, dass alle psychiatrischen Einrichtungen gleich oder zumindest ähnlich sind und daher auch bei problematischen Entwicklungen ein einziger Lösungsansatz ausreicht, um „die Probleme“ mit „der Psychiatrie“ zu reduzieren. Aber das stimmt so nicht.

Nochmals: Es gibt recht unterschiedliche psychiatrische Einrichtungen mit ganz unterschiedlichen Aufgaben und Ausstattungen und es kann nicht eine einzelne Lösung für alle geben. Spannend sind in

diesem Zusammenhang diverse Wortmeldungen von psychiatrisch Tätigen. So spricht selbst der Vorstand der Abteilung für Psychiatrie im Allgemeinen Krankenhaus von „der Wiener Psychiatrie“ und würdigt die Heterogenität der psychiatrischen Einrichtungen und deren unterschiedliche Aufgabenstellungen nicht. Oder: Der Abteilungsvorstand der Psychiatrie in Innsbruck meint laut Pressemeldungen vor dem Untersuchungsausschuss in Wien, dass er noch nie ein Netzbett gesehen habe, was vielleicht stimmt; in Innsbruck werden Menschen, die sich in Zuständen schlimmster psychischer Verwirrung befinden, mit Gurten an das Bett „fixiert“.

Diese Neigung zu Pauschalierung scheint ein Zeichen dafür zu sein, wie wenig wir - also auch die Fachleute - uns mit der Versorgung von psychisch Kranken auseinandersetzen wollen und wie undifferenziert selbst von prominenter Stelle das Thema angegangen wird. Offenbar übersteigt die in der Psychiatriedebatte immer wieder auftretende Komplexität der Aufgabenstellungen der Psychiatrie als Teil des Versorgungssystems und Teil der Gesellschaft sowie die Tatsache, dass einfache Lösungen nicht möglich sind, unsere Möglichkeiten zu differenzierter Betrachtung, sodass wir in oberflächlichen Pauschalierungen verharren und wenig bereit sind, neue Wege der Betrachtung zuzulassen.

Die Situation, in der sich die versorgende Psychiatrie heute in Österreich befindet, ist insofern schwieriger, als zusätzlich zu der oben beschriebenen Konkurrenzproblematik die finanziellen Möglichkeiten im Gesundheitssystem knapper wurden und teure Veränderungen gemieden werden. Zusätzlich scheinen die Theorienbildungen der sozialpsychiatrischen Konzeptionen von der Entstehung der seeli-

schen Krankheiten gegenüber der genetischen und biologischen Theorienbildung an Boden zu verlieren; wir denken in der Medizin derzeit lieber und vermehrt über das richtige Medikament nach - was unbestritten nötig ist - als über individuelle und gesellschaftliche Lebensumstände, die Krankheiten auslösen, die Abwehrkräfte des Einzelnen schwächen oder Krisen in chronifizierte Krankheitszustände überführen können. In diesen komplizierten Zeiten tut Vereinfachung und Pauschalierung offenbar gut und wird gern angenommen.

Kann es eine versorgende Psychiatrie ohne Gewalt geben?

Angesichts der verheerenden Meldungen über tobende Verrückte und Missstände hat der Wiener Psychiatriebefauftragte davon gesprochen, dass er von einer Psychiatrie ohne Beschränkungen träume. Leider helfen Träume wenig, vor allem dann nicht, wenn die gesellschaftlichen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte in eine genau andere Richtung gehen. Offenbar haben wir es mit einer Entwicklung zu tun, die fast ausschließlich schwer kranke Menschen in versorgende psychiatrische Einrichtungen führt.

Wir haben heute durch die konkurrierenden Institutionen, durch den Ausbau der ambulanten Strukturen und der psychosozialen Dienste die Möglichkeit, viele Erkrankungen ohne stationären Aufenthalt entsprechend den gültigen Standards zu behandeln. In die stationäre Psychiatrie kommen nur solche Personen, denen auf andere Weise nicht geholfen werden kann: Also Menschen mit schweren, meist psychotischen Entgleisungen oder alle, die auf Grund der Erkrankung nicht mehr in der Lage sind, vernünftig zu entscheiden und sich oder andere gefährden, und natür-

lich alle Menschen, die schwer krank sind und nicht freiwillig einer Behandlung zustimmen.

In einem Positionspapier der deutschen Psychiatrie wird gleich in der Einleitung der Umstand betont, dass es eine versorgende Psychiatrie ohne Gewalt und Beschränkungen nicht geben kann. Wenn die Psychiatrie gewaltlos agiert und nicht die Aufgaben wahrnimmt, die sie als Teil der Ordnungsmacht übertragen bekommen hat, werden Erkrankte in jene Einrichtungen abgeschoben, wo Gewalt leichter ausgeübt werden kann und eine Behandlung des psychischen Leidens nur schwer möglich ist. So landen seit einigen Jahren, seitdem es durch die Kontrollen und Prozeduren, die durch das Unterbringungsgesetz eingeführt wurden, schwerer geworden ist, psychisch Kranke in psychiatrischen Abteilungen zu beschränken, vermehrt Menschen mit psychischen Krankheiten in Einrichtungen der Justiz. Wir erleben derzeit ein deutliches Wachsen der forensisch-psychiatrischen Einrichtungen in Österreich. Aus soziologischer Sicht nimmt die Psychiatrie nicht mehr in dem gewohnten Ausmaß ihre integrative Funktion wahr. Erkrankte Menschen begehen, da sie nicht behandelt werden, mehr Verstöße gegen die Rechtsordnung, die von der Justiz mit Gefängnisstrafen geahndet werden. Es kann angenommen werden, dass eine funktionierende psychiatrische Versorgung, die sich nicht vor der Versorgung von schwer erkrankten Menschen drückt, diese Entwicklung aufhalten kann. Dies wäre meiner Meinung nach sinnvoll.

Alternative Konzepte

Es gibt selbstverständlich auch Konzepte für eine versorgende Psychiatrie, die mit deutlich weniger Gewalt oder Beschränkung auskommt. Allerdings sind diese

Konzepte mit finanziellen Aufwendungen verbunden, wie sie heute in Österreich für diesen Zweck nicht zur Verfügung gestellt werden. Eine kurze und unvollständige Auflistung der nötigen Maßnahmen, die in ihrer Konzeptualisierung an Arbeiten von Kurt Lewin zur Demokratisierung erinnern, lässt auch deren Kostenintensität ahnen und das Ausmaß an Veränderungen, die im Gesundheits- und Spitalswesen nötig wären, um diese Forderungen umzusetzen:

- Etablierung von psychiatrischen Konsiliardiensten in allen größeren Krankenhäusern, Verkleinerung der psychiatrischen Großkrankenhäuser und strikte Regionalisierung der Versorgung,
- Vollversorgung in jeder Region,
- Zusammenführung von ambulanten und stationären Einrichtungen in regionale Institutionen,
- Prinzip der personellen Betreuungskontinuität (ein persönlicher Bezugsbetreuer für ambulante und stationäre Phasen),
- Vermeiden von Dirty-Work-Bereichen (also Bereiche, die nur mit schwerst Erkrankten zu tun haben) und
- Einbindung der psychiatrischen Versorgung in die medizinische Versorgung der öffentlichen Spitäler,
- niedrigschwellige Angebote,
- Beschäftigung und Wohnmöglichkeiten für psychisch Kranke in jeder Region, Einbindung von Betroffenenverbänden und Angehörigenorganisationen in die Versorgungsplanung und in den laufenden Betrieb,
- Einbeziehung der Universitätskliniken in die Versorgungspflicht,
- Öffentlichkeitsarbeit,
- Anti-Stigma-Kampagnen,
- bessere bauliche, personelle und medizinische Ausstattung für Bereiche und Abteilungen, die schwer Erkrankte behandeln.

In Wien wurde die psychiatrische Versorgung vor bald 30 Jahren durch den Psychiatrieplan neu ge-

ordnet. Dieser beinhaltete damals den Verzicht auf eine zentrale Aufnahme und führte eine rigorose Regionalisierung ein. Die damals geschaffenen Regionalabteilungen sind gemeinsam mit den damals gegründeten psychosozialen Ambulatorien für die Versorgung jeweils einer Region zuständig. Allerdings wurde die Regionalisierung und Differenzierung der regionalen Angebote nicht weiter vorangetrieben; der Wiener Psychiatrieplan wurde nach anfänglichen Erfolgen nicht weiter unterstützt, sodass viele der Pläne und Projekte noch der Umsetzung harren.

Stiefkind der Gesundheitspolitik

Wenn man sich die Situation der versorgenden Psychiatrie in manchen Bundesländern vor Augen führt, wird klar, dass die psychiatrische Versorgung nicht vordringliches Ziel der österreichischen Gesundheitspolitik ist. Letztere Behauptung wird sicherlich bestritten; es ist ja schwer zu fassen, ob ein bestimmtes medizinisches Fach oder eine bestimmte Therapierichtung den Verantwortlichen wichtig ist und ob genügend Unterstützung für diesen Gesundheitsbereich vorhanden ist.

Aber vielleicht sind es kleine, aber gewichtige Indizien, die die Behauptung, dass die versorgende Psychiatrie bis heute ein Stiefkind der Gesundheitspolitik ist, unterstützen:

- Obwohl bereits vor rund 30 Jahren der Wiener Psychiatrieplan die Übersiedlung der Regionalabteilungen in die Schwerpunktkrankenhäuser vorgab, sind bisher nur zwei Abteilungen übersiedelt (1986 eine Abteilung in das Kaiser-Franz-Josef-Spital und 1996 eine Abteilung in das SMZ-Ost). Die Übersiedlung weiterer Abteilungen wird zwar immer wieder angedacht, aber nicht umgesetzt. So findet sich in den Planungsunterlagen für das neue Krankenhaus (SMZ-

Nord), das in Floridsdorf in rund zehn Jahren entstehen soll, auch der Hinweis auf die Psychiatrieplanung, die eine regionale stationäre Psychiatrie vorsieht - damals noch für das Krankenhaus Floridsdorf.

- Neben der mangelhaften Umsetzung der Übersiedlung der stationären Psychiatrie, gab es bis vor wenigen Jahren in wichtigen Wiener Großkrankenhäusern keine Konsiliarpsychiatrie (erst 2006 wurde eine solche in der Rudolfstiftung und im Wilhelminenspital etabliert). Menschen mit seelischen Problemen wurden - so die seelische Erkrankung überhaupt entdeckt wurde - entweder von Neurologen „mitbetreut“ oder - falls die Krise zu heftig war - in die Psychiatrie abgeschoben,.
- Die Psychiatrie im Otto-Wagner-Spital hat nach wie vor nicht den Status eines Krankenhauszentrums, sondern ist weiterhin als Heil- und Pflegeanstalt gewidmet.
- Im Neurologischen Krankenhaus Rosenhügel wurde vor einigen Jahren eine Abteilung für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie eingerichtet. Diese Abteilung war jedoch so konzipiert, dass Kinder und Jugendliche mit schweren seelischen Krisen dort nicht aufgenommen werden konnten, sondern auf der Erwachsenenpsychiatrie im Otto-Wagner-Spital versorgt werden mussten.
- Im Burgenland gibt es bis zum heutigen Tag keine psychiatrische Abteilung, die Menschen mit schweren seelischen Erkrankungen behandeln kann. Die kranken Burgenländer mussten bisher in Graz und in Gugging versorgt werden; nach der Schließung und Umwidmung von Gugging wurde die Regelung getroffen, dass das Wiener Otto-Wagner-Spital diese Aufgabe für das Nordburgenland übernimmt. In Eisenstadt ist einstweilen eine psychiatrische Abteilung im Entstehen, die aber nur die leichten, freiwilligen Fälle übernehmen kann.
- Es gibt mitten in Wien eine bestens ausgestattete und personell gut besetzte Psychiatrie im Allgemeinen Krankenhaus, die allerdings dezidiert von Versorgungsaufgaben ausgeschlossen ist.

Versorgende Psychiatrie – Teil des Gesundheitssystems oder der Ordnungsmacht?

- Besonders die letzten drei Beispiele bestätigen die eingangs aufgestellte These von der Teilung der Psychiatrie:
- In eine versorgende Psychiatrie mit der Verpflichtung zur Übernahme und Behandlung aller Menschen mit seelischen Krisen. Diese Einrichtungen sind auch verpflichtet, Menschen gegen ihren Willen zu behandeln und zu verwahren und mit plötzlich oder chronisch bestehenden Gefährdungen umzugehen. Diese Psychiatrie wird auch vermehrt überwacht, einerseits durch Patientenanwälte, andererseits durch die öffentliche Meinung, wie sich an den Berichten Anfang dieses Jahres in diversen Medien ablesen lässt.
- Und in eine „Psychiatrie light“, die sich ihre Patienten mehr der weniger aussuchen kann und in schwierigen Fällen, bei Verlust der Einsichtsfähigkeit und bei Auftreten einer Gefährdung auf Grund der psychischen Erkrankung, auch auf die versorgende Psychiatrie verlegen kann.

Das führt zu einer Konzentration von schwer erkrankten Menschen mit akuten psychotischen Störungen, die sich nicht freiwillig in Behandlung begeben und nicht einsichtsfähig sind, in der versorgenden Psychiatrie. Nun wissen wir, dass seelisch kranke Menschen auch vermehrt körperlich krank sind. Sie nehmen Einrichtungen des Gesundheitssystems weniger in Anspruch als seelisch Gesunde, haben oft einen ungesunden Lebenswandel, mehr Stress und Belastungen und weniger finanzielle Möglichkeiten. Das führt dazu, dass die Patienten in der versorgenden Psychiatrie mehr körperliche Krankheiten haben und der medizinische Gesamtaufwand ein höherer ist. Dies führt wiederum zu einer Mehrbelastung der dort tätigen Ärzte und Pflegepersonen, die sich vermehrt mit Menschen

konfrontiert sehen, die sowohl körperlich als auch seelisch schwer krank sind.

Die „Psychiatrie light“ findet leichter Anschluss ans Gesundheitssystem, tut sich offenbar leichter, wenn es gilt, Fördergelder zu lukrieren, und wird von Klienten und Zuweisern mehr anerkannt und genutzt.

Die versorgende Psychiatrie wird somit immer mehr Teil eines Systems, das eher im Bereich der Ordnungsmacht angesiedelt ist, als zu einer Einrichtung des Gesundheitssystems: Sowohl von Patienten als auch von den anderen Einrichtungen des Gesundheitssystems gemieden, gerät sie immer weiter ins Abseits. Es fließen weniger Fördergelder, die Ausstattung mit Inventar, medizinischen Geräten und Personal wird gebremst. Notwendige Verbesserungen können nicht durchgeführt werden. Und damit wird eine Entwicklung losgetreten, die allen Beteiligten zum Nachteil gereicht. Das, was in der Psychiatriereform dereinst gefordert wurde: Nämlich eine Verankerung der Psychiatrie im Gesundheitswesen, findet nicht statt. Es kommt zur Ghettobildung, zur Stigmatisierung der Nutzer dieser Einrichtungen, zur Stigmatisierung der Mitarbeiter dieser Einrichtungen, zu Phänomenen der Spaltung und Ausgrenzung.

Auch die Psychiatrie im Otto-Wagner-Spital scheint von diesem Schicksal nicht verschont worden zu sein. In der öffentlichen Diskussion in der ersten Jahreshälfte 2008 wurde genau dieses Bild von den betroffenen Mitarbeitern kolportiert: Die Behandlung der Patienten wäre immer schwieriger geworden und die Ausstattung mit Personal und anderen Ressourcen habe mit dieser Entwicklung nicht Schritt halten können.

Das Verdrängte kehrt als Skandal zurück

Die Tatsache, dass im ersten Halbjahr 2008 so viel über „die Psychiatrie“ geschrieben und gesprochen wurde, kann dahingehend interpretiert werden, dass die vor 30 Jahren begonnene Neuordnung und Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung in Wien ins Stocken geraten ist und nun die Spannungen, die durch die Ungereimtheiten dieser nicht beendeten Reform verursacht sind, vermehrt ans Tageslicht kommen. Das, was kollektiv verdrängt wurde und was ohne Beachtung blieb, dass es nämlich Menschen mit schweren seelischen Leidenszuständen gibt und dass diese Menschen Behandlung und Betreuung bedürfen und dass in die psychiatrische Versorgung dieser Menschen investiert werden muss, muss über den Umweg der Medienberichte über „die Psychiatrie“ wieder ins Bewusstsein der Politik und der Öffentlichkeit hereingelassen werden. Und da so lange zu wenig geschehen ist, um die Situation der psychisch Kranken zu verbessern, erfolgt diese „Erinnerung“ als Katastrophenbericht über „Misstände im Otto-Wagner-Spital“.

Und gleich meldet sich zusätzlich - wie durch einem Reflex hervorgeholt - die politische Opposition in Form des notorisch schlechten Gewissens zu Wort, das, da man so lange weggeschaut hat, recht hart mit den momentan Verantwortlichen ins Gericht geht. Also - und hier sind wir beim Lösungsversuch - installiert man zur Beruhigung der Stadtpolitik, des eigenen Gewissens und der öffentlichen Meinung schnell einen Untersuchungsausschuss, der die Schuldfrage zu klären hat.

Leider werden von Ausschüssen dieser Art regelmäßig diejenigen

zur Verantwortung gezogen, die in der Kette der Verantwortung an letzter Stelle stehen: Also die Pflegepersonen oder die Nachtdienstärzte. So wurde auch anlässlich der nunmehrigen Problemstellungen in der laufenden Debatte von Ausbildungsmängeln und Fahrlässigkeit gesprochen und nicht generell über die Aufgaben der Psychiatrie diskutiert und die Rolle der Versorgungspsychiatrie überdacht und neu definiert. Prinzipielle Fragestellungen können von diesem Gremium nicht beantwortet werden, denn dieser Ausschuss ist nicht damit beauftragt, zu beraten, wie die Vorhaben des Wiener Psychiatrieplans beschleunigt umgesetzt werden könnten und wie die Rahmenbedingungen von psychiatrischen Versorgungsstrukturen beschaffen sein sollten.

Zusammenfassung und Prognose

Einerseits wird die Psychiatrie von gesundheitspolitischer Seite nicht gefördert. Es existieren nach wie vor erhebliche Vorurteile gegenüber der Psychiatrie, es gibt Einstellungen in weiten Teilen der Bevölkerung, die zur Ausgrenzung von Menschen mit seelischen Leidenszuständen führen. Es wird insgesamt zu wenig für Menschen mit seelischen Krankheiten getan. Auch psychosoziale und ärztliche Helfer, die im Umfeld der Psychiatrie tätig sind, bekommen diese Abwertung und Ausgrenzung zu spüren. Die um Anerkennung ringende Psychiatrie versucht, um nicht weitere Abgrenzung zu provozieren, bei diesem Spiel mitzumachen, und glaubt es sich in dieser Situation nicht leisten zu können, die unbeliebten Kernaufgaben der versorgenden Psychiatrie zu definieren und ungelöste Versorgungsprobleme zur Sprache zu bringen und damit die politisch Verantwortlichen mit Forderungen zu konfrontieren. Man könnte an

dieser Stelle auch ein wenig über die Rolle der in manchen Bundesländern installierten „Psychiatriebeauftragten“ philosophieren, die offenbar eine seltsame Funktion wahrnehmen: Auf der einen Seite sollen sie die Bedürfnisse und Probleme der Psychiatrie artikulieren, auf der anderen Seite gehören sie dank der Ernennung selbst zur Gruppe der Verantwortlichen und sind so an gewisse Vorgaben gebunden, wollen sie nicht ihre Position riskieren.

Andererseits versuchen innerhalb der Psychiatrie immer mehr Einrichtungen sich dem Versorgungsauftrag zu entziehen und spezialisieren sich auf die Behandlung von Menschen mit nicht-psychotischen Erkrankungen; sie entfernen sich durch leise Umwidmung von der Verpflichtung zur psychiatrischen Versorgung und umgehen den Aufnahmepressure, indem nur bereits vorher - im ambulanten Setting -

zugesagte Aufnahmen möglich sind. Einweisungen von Menschen mit plötzlich auftretenden, meist schweren Erkrankungen, die oft auch zu Gefährdungen der Erkrankten oder anderer Personen führen, bleiben an den Einrichtungen „hängen“, die keine Spezialisierungen vorweisen können.

Zudem versucht die theoretische Psychiatrie durch somatische/biologische Theorienbildungen Anschluss an die Schulmedizin zu finden. Es ist ja um vieles einfacher, wenn jedwede traurige Verstimmtheit in Bausch und Bogen als ein Neurotransmitter-Mangelsyndrom definiert wird, als dieses Phänomen aus der individuellen Lebensgeschichte heraus zu verstehen.

Offensichtlich werden wir gerade Zeugen, wie in Wien der Versuch unternommen wird, dass alles beim Alten bleibt, und wie die mögliche Diskussion, die vielleicht

die versandete Psychiatriereform wieder beleben könnte, vereitelt wird. Wenn wir nicht in einen offenen Diskurs über psychiatrische Versorgung, deren Nähe zur Justiz und Forensik eintreten, die Frage nach der nötigen Infrastruktur und den Rahmenbedingungen zulassen, wird in Zukunft das sozialpsychiatrische Konzept der regionalen und persönlichen Betreuung und Behandlung weiter zurückgedrängt werden, an Boden verlieren und letztlich gegenüber einer organisch und forensisch dominierten Psychiatrie nicht bestehen können. Die Trennungen und Ungerechtigkeiten der schon bestehenden Zweiklassenmedizin werden in der Psychiatrie weiter dauern und noch weitere Kreise ziehen und das Diktum, dass Psychiatrie nur Sozialpsychiatrie sein kann, wird nur noch ein Satz aus einem vergangenen Jahrhundert sein.

Das Mentale Paradoxon – The Mental Paradox

Herausgegeben von Geert-Jan Boudewijnse

Wien 2006: Verlag Wolfgang Krammer. 254 Seiten, Preis: 28,00 Euro. ISBN 978-3-901811-21-X

Zugleich Doppelheft 1-2/2006 der Zeitschrift *Gestalt Theory*

In der Psychologie und Psychotherapie, in der Pädagogik wie auch in den Sozialwissenschaften scheint es inzwischen unumgänglich, sich auf tatsächliche oder vermeintliche neue Erkenntnisse aus der Gehirnforschung zu beziehen. Diese "Welle" hat längst auch die öffentliche Debatte über die Notwendigkeit einer Revision unseres Bildes von Mensch und Gesellschaft erfasst, etwa in der Frage, ob der Mensch einen freien Willen habe und die Gesellschaft dementsprechend von einem zur Verantwortung fähigen Menschen ausgehen kann.

Für die eigene Orientierung in diesen Kontroversen ist es unabdingbar, sich neuerlich mit den in Psychologie und Philosophie meist als "Leib-Seele-Problem" bezeichneten Fragen auseinander zu setzen. Der vorliegende Sammelband bietet dazu Beiträge namhafter WissenschaftlerInnen aus Brasilien, Deutschland, Italien, Kanada, Lettland und Österreich, die im März 2005 an der Medizinischen Universität Graz und der FH Joanneum Graz zur 14. internationalen Wissenschaftlichen Arbeitstagung der Gesellschaft für Gestalttheorie und ihre Anwendungen (GTA) zusammengekommen waren, um diesen Fragen auf Grundlage ihrer Arbeiten in unterschiedlichen Disziplinen nachzugehen. Dabei standen auch jene grundlegenden Lösungsansätze der Gestalttheorie für diese Fragen erneut auf dem Prüfstand, die Wolfgang Köhler 1938 in seinem Werk "The Place of Value in a World of Facts" (deutsch: Werte und Tatsachen) formuliert hat.

Bezug: Buchhandlung Krammer, 1070 Wien, Kaiserstraße 1. Bestellung: <http://www.krammerbuch.at>