

10 Jahre Beratungszentrum - Griesplatz

Als wir im Frühjahr vor 10 Jahren am Griesplatz mit der gemeindepsychiatrischen Arbeit begonnen haben, hatten wir etwa folgende Ziele:

1. Wir wollten ein Modell für eine umfassende, demokratische, an den Interessen der Benützer orientierte Psychiatriereform entwickeln.
2. wir wollten eine bessere und billigere psychiatrische Versorgung in die Praxis umsetzen.
3. Wir wollten durch wissenschaftliche Begleitforschung und sorgfältige Datensammlung Planungsgrundlagen für weitere Reformschritte erarbeiten.
4. Wir wollten ernst machen mit den Forderungen nach einer ausgewogenen Verbindung von Deprofessionalisierung (zB im Sinn der Förderung von Selbsthilfegruppen, Nachbarschafts- und Laienhilfe etc) und kompetenter Professionalität.
5. Wir wollten psychoanalytisches Denken und Handeln in den sozialpsychiatrischen Alltag integrieren, d.h. ernst machen damit, daß auch schwer und chronisch psychisch Kranke Menschen verstehbar, einfühlbar sind.
7. Wir wollten Entstehungszusammenhänge von sozialer Not und individuellem Leid aufzeigen.
6. Wir wollten ernst machen mit den Bedingungen: Freiwilligkeit, Datenschutz und Kostenlosigkeit für die Benützer in einer aus öffentlichen Mitteln finanzierten Einrichtung.
8. Wir wußten, daß wir uns im Spannungsfeld der Psychiatrie zwischen sozialer Kontrolle und individueller Autonomie Hilfsfunktion bewegen und daß wir auch bei aller Mühe Zwangsmaßnahmen, Psychopharmaka und Einweisungen nicht ganz vermeiden können, aber wir haben uns vorgenommen, die Prozesse und Entstehungszusammenhänge der Individualisierung und Privatisierung gesellschaftlichen Leidens sichtbar zu machen und durch die Darstellung unserer Erfahrungen Widerstand zu leisten: durch sorgfältige Dokumentation und Begleitforschung wollten wir Argumente entwickeln für die Auseinandersetzung um eine bessere menschliche Psychiatrie.

Was ist aus all dem geworden:

Mit einem gewissen Stolz haben wir uns angewöhnt, darauf hinzuweisen, daß wir die ersten waren, die in Österreich eine gemeindepsychiatrische Praxis entwickelt haben und mit der ambulanten Psychosebehandlung in einer Tagesklinik begonnen haben.

Wir sind aber auch eine vereinzelte Modelleinrichtung geblieben. Die unzähligen Initiativen und Konzepte zur Errichtung eines Übergangswohnheimes, einer geschützten Werkstätte für psychisch Kranke, einer Tagesstätte, einer psychiatrischen Notfalls- und Kriseninterventionsstelle, die diesen Namen tatsächlich verdient und d.h. rund um die Uhr geöffnet ist, weiters um ein psychosoziales Zentrum am anderen Murufer in Graz, schließlich all die Initiativen und Konzepte zu einer langfristigen umfassenden Psychiatriereform sind im Wesentlichen erfolglos geblieben.

Wenn wir die in den 10 Jahren gemachten Erfahrungen mit dem Bemühen um eine umfassende Psychiatriereform in unserem Bundesland zusammenfassen wird klar, daß das Beratungszentrum als Alibi für die nicht durchgeführte Reform gedient hat und noch immer dient.

Angesichts der begrenzten personellen, und zeitlichen und strukturellen Ressourcen ist uns der aller hohe, fast schon an Größenideen erinnernde Anspruch, sozial- und gesundheitspolitische Forderungen durchzusetzen, bewußt geworden.

Trotzdem sind vom Beratungszentrum immer wieder Impulse und Initiativen ausgegangen und Konzepte entwickelt worden, die ^{auch realisiert} werden konnten:

so z.B. die in Zusammenarbeit mit der Arbeitsmarktverwaltung im Entstehen begriffene, ~~Gründung eines~~ ^{Gründung eines} Arbeitsberatungszentrums, weiterhin eines Arbeitstrainingszentrums in Tobelbad, weiters ~~der~~ die Zusammenarbeit im steirischen Wohnungsforum gemeinsam mit der Caritas, der Bewährungshilfe und vielen anderen Sozialinitiativen.

Wir haben weiters eine Kultur der Kooperation mit anderen helfenden Institutionen wie dem Jugendamt, dem Sozialamt, der Bewährungshilfe, der Caritas, mit Schulen, den Suchtberatungsstellen, dem Frauenhaus, BAN und vielen anderen ent-

wickelt und gepflegt und auch über indirekte Beratung und Supervision präventive und therapeutische quantitativ kaum angemessen erfaßbare Arbeit geleistet.

Wir haben über Publikationen, Vorträge und Informationsveranstaltungen im Beratungszentrum Öffentlichkeitsarbeit gemacht, wir gehen in Schulen, arbeiten mit ehrenamtlichen Helfern, haben die Gründung eines Angehörigenvereines und anderer Selbsthilfegruppen initiiert, wir bilden praktisch Sozialarbeiter, Psychologen und Mediziner aus, es werden Diplomarbeiten und Dissertationen im Beratungszentrum betreut.

Schließlich möchte ich einige wenige markante Zahlen zur direkten Klientenarbeit erwähnen:

insgesamt haben wir in den 10 Jahren ambulant fast 4000 Personen direkt im Beratungszentrum persönlich betreut.

Durchschnittlich kommen Jahr für Jahr 350 neue Klienten persönlich ins Beratungszentrum, wobei ein Erstgespräch von mindestens einer Stunde Dauer jederzeit innerhalb unserer Öffnungszeiten ohne Wartezeit für den Rat- und Hilfesuchenden ermöglicht wird.

Die Zahl der jährlichen persönlichen direkten Kontakte beträgt etwa 6700 und umfaßt Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppentherapien, Hausbesuche, medikamentöse Behandlungen, Wohnungsrechts- und Arbeitsberatungen, Beratungen von Angehörigen psychisch kranker Menschen, sowie organisatorische Hilfen bis zu Überweisungen zu Ärzten, in Spitäler oder zu anderen Behörden.

Jährlich werden etwa 4000 ausführlichere telefonische Beratungen durchgeführt.

Der andere große Arbeitsbereich ist die sogenannte Tagesklinik.

Montag bis Freitag von 9 - 16 Uhr wird jährlich etwa 50 Patienten ein Behandlungs- und Rehabilitationsprogramm angeboten. Das Programm umfaßt Einzel- und Gruppenpsychotherapie, medikamentöse Behandlung, ^{Arbeitsberatung} wöchentlich Musik-^{therapie}, Theateranimation, Schwimmen, ^{14-tägig} Kochen und Ausflüge ^{dreimal} im Jahr jeweils einwöchige Ausflüge bzw. Skikurse bzw. Auslandsreisen.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt pro Patient 35 Tage.

Das ergibt im 10-jährigen Durchschnitt 1700 Behandlungstage ^{Seit 1960} ^{Der von 1960 bis 1969: von 10 bis 1969} ⁷⁰⁰⁰ ^{plus 20.000 - 4 -} ~~bisher.~~

Die Kosten:

4,2 Mill

Alles zusammen belaufen sich die Gesamtkosten auf 3,634.000,-

Den größten Teil davon nehmen die Personalkosten mit 3,2 Mill.

ein, der Rest verteilt sich auf Miete, Telefon, Honorare für konsiliartätige Therapeuten und die Kosten für die Beschäftigungstherapie.

*Zu Vergleich: die Kosten einer eingetragenen
Klinik betragen
mit 10 Mill./Jahr mehr als
das doppelte unserer Gesamtkosten.*

Als wir uns nach den ersten Jahren nach einer eingehenden Diskussion dazu entschlossen haben, die Eingliederung ins öffentliche Gesundheitswesen anzustreben, was 1982 durch die Übernahme in die Rechtsträgerschaft des Landes Steiermark gelungen ist, war uns bewußt, daß wir uns um die ökonomischen Probleme psychiatrischer Versorgung ^{auswachen} kümmern müssen.

Ich meine, wir müssen die Kosten - Nutzen - Bilanz nach diesen 10 Jahren nicht fürchten. Wohl aber müssen wir eine Art der Rechnerei fürchten, die einer oberflächlichen Zahlenmagie erliegt, die keine Umwegsrentabilität gelten läßt, die nur mehr betriebs- aber keine volkswirtschaftlichen Überlegungen anstellt, die uns tendenziell zwingen will, die ohnehin skandalös niedrig gehaltenen Ausgaben für die psychiatrische Versorgung weiterhin zu senken, die auf qualitative Argumente nicht mehr eingeht und die unfähig ist, präventive Arbeit ins Kalkül zu ziehen.

am Ende der Rechnung stehen.

2

Denn wie rechnet sich die Arbeit mit der Familie?

mit einer depressiven Gattin, - mit einem vom Arbeitsplatzverlust bedrohten unter Alkoholeinfluß schlagenden Familienvater und Gatten, - mit den Kindern, deren Schulprobleme plötzlich anwachsen bzw. die nachts wieder einzunässen beginnen.

Nur betriebswirtschaftlich gerechnet, ist die, sich über einige Wochen erstreckende Arbeit in Form von Einzelgesprächen, Familientherapie, Arbeitsberatung, Kontakt mit den Lehrern, Rechtsberatung etc. wohl kaum rentabel.

Und solange die einzelnen Ressorts getrennt in Soziales, Jugend ~~und~~ Familie, Gesundheit, ^{und} Spitalswesen auf Bundes-, Landes- und Gemeindeebene und schließlich auch die Sozial- und Gesundheitsversicherungen jeweils bestrebt sind zu sparen und Kompetenzen abzugrenzen, werden die betriebswirtschaftlich verordneten Sparmaßnahmen zum volkswirtschaftlichen Bumerang.

Niemand stellt ernsthaft die selbstverständlichen Notwendigkeit einer oft lebenslänglichen ärztlichen und medikamentösen Behandlung von Patienten, die ^{25.28} (an einer Herzinsuffizienz oder an einem Diabetes melitus leiden, in Frage; es ist nicht einzusehen, daß chronisch psychisch kranke Menschen nicht mit der gleichen Selbstverständlichkeit eine qualitativ hochwertige, angemessene Behandlung angeboten bekommen sollen.

.

Ich komme zum Schluß:

wenn wir auch im Lauf dieser 10 Jahre die Bgrenztheit unserer gesundheits- und sozialpolitischen Durchsetzungsmöglichkeiten einsehen gelernt haben, bleiben die als richtig und notwendig erkannten Forderungen aufrecht:

1. die völlige finanzielle und rechtliche Gleichstellung psychisch Kranker mit allen anderen Kranken als Voraussetzung für eine ausreichende Ausstattung mit finanziellen, personellen, strukturellen organisatorischen und baulichen Ressourcen. Dazu gehört auch der Verzicht auf die Aussteuerung von pflegebedürftigen Menschen und von chronisch psychisch Kranken auf Grund des ASVG und auch der Verzicht des Landes (als Hauptzahler der stationären Psychiatriekosten) auf die Rückerstattung von Spitalskosten.

Diese Forderung entspricht einer Empfehlung des Obersten Sanitätsrates zur psychosozialen Versorgung in Österreich, die übrigens am 26. Mai 1981 publiziert wurde, also fast auf den Tag genau vor 7 Jahren.

2. Überwindung des Kompetenzdschungels bzw. positiv formuliert: Klärung der Kompetenz für die psychiatrische Versorgung als Voraussetzung für eine umfassende, langfristige Psychiatriereform, in der ambulante und stationäre Versorgung, Prävention, Behandlung und Rehabilitation integriert aufeinander abgestimmt sind.

3. Förderung aller Maßnahmen, die die Senkung der noch immer unerträglich hohen Zwangseinweisungs- und Entzündigungsrate in unserem Bundesland zu fördern geeignet sind.

Dazu gehören etwa auch Maßnahmen wie das Invalideneinstellungsgesetz: Die Hälfte der rund 14.000 zur Einstellung Behinderter Menschen gesetzlich verpflichteten Unternehmen in Österreich entzieht sich dieser Verpflichtung über das legale Hintertür der Bezahlung einer lächerlich geringen Ausgleichstaxe.

Weiters gehören dazu angemessener Datenschutz für psychiatrische Patienten sowie die ersatzlose Streichung der zentralen Geisteskrankenkartei.

4. Kurzfristig und uns selbst betreffend:

- Sicherung der Autonomie des BZ durch Einlösung des im Februar 86 öffentlich gemachten Versprechens der Schaffung eines Departments für Gemeindepsychiatrie

- angemessene Budgetierung des BZ in dem die Finanzierung zB der nötigen Teamsupervision und ~~von~~ ^{aller} therapeutischen Veranstaltungen ^{ausgeführt} wie Auslandsreisen und Skikursen mit Patienten sowie der kosiliar durchgeführten therapeutischen Aktivitäten selbstverständlich ~~finanziert~~ ^{finanziert} werden können.

. Schließlich das Personal betreffend:

Langfristig wird es nicht möglich sein, gute ambulante psychiatrische Arbeit zu machen, ohne die Mitarbeiter des multiprofessionellen Teams

9

- die Schwestern und Pfleger, die Sozialarbeiter, Psychologen, Ergo-, Musik- und Bewegungstherapeuten und auch die Ärzte angemessen zu entlohnern und deren Tätigkeit aufzuwerten statt defacto finanziell zu bestrafen.

2
1/2
Denn tatsächlich ist die Situation seit 10 Jahren so, daß ~~alle~~ BZ-Mitarbeiter durch Entfallen von Nacht- und Bereitschaftsdiensten erheblich weniger verdienen als in der Zeit ihrer stationären Tätigkeit.

~~Schließlich gehören zu unseren Forderungen auch~~ angemessene Aus- und Weiterbildungsangebote, und deren Finanzierung angemessene Urlaubszeiten und insbesondere eine Entlohnung, die den hohen Anforderungen dieser Tätigkeit entsprechen.

Ich bin mit meinen Ausführungen am Ende und freue mich jetzt auf die Referate unserer Gäste und die Diskussionen.
Danke für Ihre Aufmerksamkeit.