

Vortrag Univ. Prof. Dr. Lesch im Rahmen der Mediationsgespräche Steinhof am 14.8.2012

Sie wissen, dass wir in einer Zeit leben wo jeder schon sagt, dass er ein Experte für alles ist und gerade in der Psychiatrie oder in der Soziologie ist man oft überrascht, was man liest. Ich würde Ihnen empfehlen, wenn sie irgendeine Stellungnahme zu irgendeinem Thema in der Sozialmedizin erhalten, dass sie googeln oder einmal nachschauen, was derjenige wirklich zu dem Thema gemacht hat und wie weit er sich wirklich damit befasst hat. Ganz schlimm ist der Versuch, wenn Leute Dinge behaupten die völlig irrelevant sind. Wenn man dann nachschaut wann er das letzte Mal das Thema publiziert hat, erfährt man, vor 30 Jahren oder nie. Das ist eines der Probleme, dass wir in einer Zeit leben, wo sehr viele Leute behaupten, sie wissen etwas.

Nun, das Problem ist, dass wir im Wissen unterschiedlich sind. Glauben Sie mir, im Unwissen sind wir grundsätzlich unendlich gleich. Dieses Zitat ist von Karl Popper und das sollte man sich immer vor Augen halten. Das heißt, das was ich heute sage, stammt auf der einen Seite aus meiner soziopsychiatrischen Arbeit, auf der anderen Seite aus meiner wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit diesem Thema. Aber ich bin kein Experte für Ökonomie, bin kein Experte für Politik, bin kein Experte für das Meiste. Das sollte man also immer ganz klar sagen.

Und warum traue ich mich hier zu reden? Weil ich seit 1972 an der Psychiatriereform mitgearbeitet habe. Es war immer so, dass ich in der Gruppe der war die die forensische Abdeckung macht. Ich bin nicht offiziell aufgetreten, es war auch nicht notwendig, aber ich habe mit Herrn Dr. Rudas immer genau ausgemacht, was wir hier durchführen, was wir hier verändern, oder nicht verändern. Ich war dann gemeinsam mit Minister Broda in dieser Kommission für die gefängnisfreie Gesellschaft. Zu der damaligen Zeit habe ich noch geglaubt, dass wir keine Gefängnisse brauchen. Da bin ich mir heute nicht mehr ganz so sicher, sondern ich denke, vor manchen Leuten sollte die Gesellschaft schon geschützt werden.

Ich habe dann von 1993 bis 1998 die Pro Mente übernommen. Das ist eine Institution, die sich um die gesunden Anteile des Menschen, des psychiatrischen Patienten kümmert. Sehr gut abgegrenzt vom PSD, den Dr. Rudas leitete, der für die Fragen der kranken Anteile, für die Behandlung der kranken Anteile zuständig war. Wir waren auch die ersten die mit der Gemeinde Wien, damals unter der Leitung von Dr. Pröbsting, der MA 12 klare Verträge für unsere sozialpsychiatrische Tätigkeit aushandelten und damit nicht mehr nur als Bittsteller für Subventionen auftraten. Das war das erste, das wir damals durchsetzen konnten, das ist auch mit dem Nachfolger Dr. Schmidl dann sehr gut weiter zu führen gewesen. Ich habe parallel dazu von 1976 bis 1998 den PSD Burgenland aufgebaut. Das ist dann die Frage warum ich 1998 das weitergegeben habe an Prof. Dantendorfer. Der Hintergrund ist der, dass wir bis 1998 keine stationäre Psychiatrie hatten und ich von einer stationären Psychiatrie nur sehr wenig halte. Sondern wir hatten sehr viele Ambulanzen im Land und diese Ambulanzen haben zwei Dinge angeboten.

Auf der einen Seite eine Kontinuität einer Behandlung und auf der anderen Seite eine Kontinuität im Förderprogramm. Also in Förderprogrammen, Beschäftigungsprogrammen und alles Mögliche, was man da an Sozialbegleitung machen kann. Ich habe das auch zum Teil mituntersucht und wenn wer von ihnen interessiert ist, kann er oder sie Publikationen seit 1980 bis 2012 einsehen. Wir haben in diesen Artikeln zur Situation der Psychiatrischen Versorgung Stellung bezogen. Zurzeit arbeite ich in einer Ambulanz in der Obdachlosenhilfe. Ich bin Präsident der Gesellschaft der ÖGSM, das habe ich schon erzählt und ich leite das soziale Netzwerk eines Fußballklubs der Wiener Viktoria mit Toni Polster, wenn ihnen das etwas sagt. Aber wir haben im Hintergrund vor allem einen Sozialverein. Dieser Sozialverein macht Suchtprävention, macht Obdachlosenhilfe und im Winter vor allem, da räumen wir ganz einfach die Kabinen aus und machen Notschlafstellen daraus,

Integrationsprogramme und was auch immer. Wenn es sie interessiert, schauen sie sich die Homepage von St. Pauli an in Hamburg. Denen wollen wir das nachmachen, denn sie haben eine sehr hohe Sozialkompetenz für Hilfsangebote mit Essensausgabe und allem Möglichen. Also das ist der Grund, warum ich mich traue hier zu reden. Wissend, dass ich sicher für vieles kein Experte bin.

Wir reden von relativ viel Geld, das in unserem Bereich ausgegeben wird. Im Standard vom 19. März 12,3 Milliarden Euro pro Jahr nur für die Krankenbehandlung in Österreich. Das ist relativ viel Geld. Also man könnte sich schon überlegen ob man dieses Geld nicht besser ausgibt als es zurzeit passiert, Was sind die Kritikpunkte zurzeit?

In den letzten 15 Jahren in etwa, hat es immer mehr zugenommen, dass von einzelnen Teilen, von der Krankenkassen, vom Spital vom behandelnden Arzt, von der Gemeinde, Einsparungspläne aufgetaucht sind. Immer nur in der Richtung Reduktion, das kostet zu viel, immer in Richtung Institution und überhaupt nicht in Richtung, dass der Patient im Mittelpunkt steht. Und der vor allem bei chronischen Erkrankungen, gleichgültig ob es Diabetes ist oder Leukämie oder eben eine Schizophrenie, ganz einfach eine Kontinuität einer Betreuung braucht. Wo der Mensch im Mittelpunkt steht und nicht die Diagnose und nicht ein Gerät oder ein Medikament. Das ist relativ klar.

Wir merken, dass sich aus dem Gesamten immer mehr Leute melden, die ganz einfach Einzelinteressen vertreten. Ob das jetzt die Besitzer oder die Vertreter von privat geführten Spitälern sind (auch Ordnungsspitäler), oder aber andere Spitälern, die ganz gezielt finanzielle Kriterien in den Vordergrund stellen in der Richtung „Ich mache das privat billiger“. Ich kenne nichts, was privat billiger geworden ist. Die sogenannten Gesundheitsexperten sind oft auch die, die an dieser Privatisierung massiv verdienen. Die Gewinne dieser Veränderungen sollten jedoch zumindest mit einem Prozentsatz von 10-15-20 % in finanzielle Sozialprojekte fließen, damit die 20% Schwachen unserer Gesellschaft mitgetragen werden können.

Prof. Strotzka hat immer betont, eine Gesellschaft ist nur dann etwas wert, wenn sie 20% der Schwachen mittragen kann. Als ganz wesentlichen Faktor. Und ich denke, die meisten Leute haben nicht den wichtigsten Satz der SPÖ gelesen, wo drinnen steht, dass wir eine Friedenspartei sind. Das heißt Frieden zwischen Arm und Reich, Schwarz und Weiß, aber vor allem auch zwischen Krank und Gesund. Diese Unterstützung der gesunden Anteile und damit die Annäherung der Kranken an die Gesunden wäre ganz, ganz wichtig.

Die Ausbildung zum Arzt ist ein Anfüllen mit Wissen aber keine humanistische Weiterentwicklung. Bleibt man nach dem Studium an der Universität wird in Wirklichkeit nur wissenschaftliches Arbeiten und Geld organisieren belohnt. Es interessiert niemanden ob sie als Universitätsassistent etwas für den Patienten in dieser Ausbildung tun. Und das ist derart miserabel, denn damit werden auch Ärztinnen gefördert, die soziale Aktionen gar nicht interessieren.

Es gibt viel zu viele Konflikte zwischen den Berufsgruppen, die aus meiner Sicht auch massiv geschürt werden. Und was ganz wichtig wäre, dass diese unterschiedlichen Berufsgruppen mehr zusammen arbeiten(Teamarbeit). Die Reglementierungen nehmen massiv zu und die Notwendigkeit einer viel zu starren und überbordenden Bürokratie lenkt Ärzte und Pflegepersonen aber auch Sozialarbeiter u.s.w. zum Computer und zu Dokumenten, gibt ihnen aber keine Zeit mehr für Patientenbetreuung. Niemand ist an diesem Wust von Dokumentation aber wirklich interessiert

Das ist so in etwa der Hintergrund. Nun das Thema der Präsentation „Die Therapie von Krankheit im Spital oder in der Ambulanz“ zu dem möchte ich einige Sätze sagen. Genauso wichtig wie die Therapie der kranken Anteile (Diagnose) ist die Förderung gesunder Anteile in Projekten wie sie hier auf der Baumgartner Höhe seit Jahren stattfinden. Sie finden z.B. statt in Richtung des Komm24 Ich weiß nicht ob sie wissen, das Komm24 ist ein Kaffeehaus innerhalb der Baumgartner Höhe, das betrieben wird von Pro Mente und wo erstens Patienten beginnen können a bisschen was zu arbeiten, wo sie einmal lernen, dass man wieder einmal wohin geht. Aber auf der anderen Seite wiederum auch eine Öffnung ist, dass Freunde von außen hereinkommen können, weil es billig ist und so dazu noch die Kommunikation fördert. Und eines der größten Probleme in der Psychiatrie ist die Stigmatisierung unserer Patienten, und man die Stigmatisierung damit verbessern kann.

Das zweite sind Beschäftigungsprojekte. Beschäftigungsprojekte vor allem für die Patienten die man begleiten muss. Wir können viele oft nicht heilen. Therapie kommt aus dem Griechischen *therapeia* und heißt würdevoll ins Mystische zum Orakel begleiten. Das heißt nicht Heilen, das heißt in Wirklichkeit „Pflegen“ und das sollte man schon wissen. Das heißt es gibt eine Menge von Patienten vor allen von psychiatrischen Patienten, wo Heilungen nicht möglich sind, wo es um eine würdevolle Begleitung geht um halbwegs eine Lebensqualität zu haben. Und wenn man hier beginnt die funktionierenden Beschäftigungstherapien, die funktionierenden Sozialtherapien abzuschaffen, dann muss man es woanders machen. Aber diese Patienten kann man nicht von dorthin nach dahin verfrachten und sagen, jetzt macht das ein anderer Mann oder eine andere Frau. Die gehen zu dem anderen nicht. Das sorgt dann für einen Anstieg von Suiziden und Fremdaggressionsgeschichten, und Kosten letztlich unserer Gesellschaft viel, viel mehr.

Eines der schönsten Beispiele ist das Museumsprojekt am Steinhof. Das sollten sie kennen. Wo ganz einfach eben diese Interaktion mit der Außenwelt, die Geschichte des Steinhof aber auch eine Menge Kultur- und Kunstprojekte laufen. Und es nicht mehr zu haben, heißt betroffene Patienten, die in dem Projekt involviert sind, auszuschneiden. Und so etwas kann ich nur dann tun, wenn ich ein entsprechendes anderes Angebot habe. Mich wundert es, dass ich hier stehe und nicht die Direktorin dieses Hauses Frau Dr. Kalousek oder der Chef vom psychosozialen Dienst, der Dr. Psota, die beide irrsinnig liebe und nette und aktive Fachleute sind, ich wundere mich, weil die wüssten natürlich zu diesem Thema deutlich besser Bescheid als ich.

Tagesstrukturangebote, Wohnheime, WEG's, soziale Netzwerke, alles Dinge die eine Vernetzung brauchen, die eine Kontinuität in der Betreuung brauchen. Jede Schnittstelle ist ein Risiko für unsere Patienten und die Schnittstellen der sozialen Netzwerke müssen sehr gut funktionieren, um keine Patienten zu verlieren.

Das Otto-Wagner-Spital. Ich weiß nicht ob sie die Geschichte der psychiatrischen Institutionen kennen, aller psychiatrischen Institutionen, war primär da für die Grundversorgung, weil die Leute in der Stadt verhungert und erfroren sind. Das war nicht zur Therapie. Da hat man noch gar nicht geglaubt, dass man wen behandeln kann. Dann ist später aus dem ganzen ein Krankenhaus geworden, ohne entsprechender Krankenhausausrüstung, ohne entsprechende Ärzte, ohne entsprechend ausgebildete Schwestern und Pfleger. Dieser Missstand führte bis etwa 1980 zu allen Arten der Verwahrlosung und zu Ausgrenzungen

„Wegsperrten war die Grundtendenz“

Die Anzahl der Zwangsaufnahmen und ihre Dauer zu der damaligen Zeit habe ich in einem Artikel in der Richterzeitung dargestellt. In manchen Pavillons bis 80% Zwangsaufnahmen. Heute sind es 2-3-4%. 1980 hat das Otto Wagner Spital dann begonnen ein sozial-medizinisches Kompetenzzentrum zu werden. An der Universität haben sie sehr gute medizinische Therapien, aber diese Sozialkompetenz der Langzeitbegleitung fehlt völlig. Diese Kompetenz und Aktivität des Otto Wagnerspitals aufzugeben ohne entsprechende Organisation eines gleichwertig hohen oder ähnlichen Konzepts halte ich für völlig verrückt. Es gibt auch eine Gruppe von sehr gut begleiteten chronischen Patienten, die bei einer Veränderung des Ortes der Betreuung in Sozialprogrammen nicht mitgehen können, weshalb auch ein kleines Sozialpsychiatrisches Zentrum im Otto Wagner Spital erhalten bleiben sollte

Nun zu Verbesserungen: Aus unseren Arbeiten geht sehr schön hervor, dass für die psychiatrische Akutbehandlung in Wien etwa 350 bis 450 Akutbetten total ausreichen würden und diese sollten in Schwerpunktspitälern sein, nicht auf der Baumgartner Höhe (8 Schwerpunktabteilungen, 4 für Suchtkranke) Also ich bin sehr dafür, dass man das in Schwerpunktspitäler tut, aber die Zentren müssen so groß sein, dass eine Infrastruktur möglich ist. Dass sie einen Sozialarbeiter haben, dass sie entsprechende Angebote machen können. Wenn dort nur 10 bis 40 Patienten sind, kann keine Infrastruktur zur Förderung gesunder Anteile angeboten werden. Dort können nur Medikamente und Gespräche angeboten werden. Das ist aber keine moderne Sozialpsychiatrie.

Und parallel dazu ist der Ausbau von ambulanten Angeboten unbedingt notwendig. Beim Fehlen von suffizienten ambulanten Angeboten kommt es zur Drehtürpsychiatrie. Schon im Anhaltegesetz steht, dass jede ambulante Therapie der stationären Therapie vorzuziehen ist. Unser Problem ist, dass die ambulante Therapie oft nicht adäquat bezahlt wird und zwar von niemandem. Das ist keine Gemeinde-Wien-Problematik sondern eine Gesamtproblematik. Dr. Pittner von der WGKK hat das alles sehr, sehr genau gewusst. Mit ihm habe ich das alles oft besprochen und einige Dinge konnten wir gemeinsam auch ein wenig durchsetzen. Aber was wir brauchen würden, wären Angebote, Sozialbegleitung, kontinuierliche Beschäftigungstherapie, auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmt mit einer adäquaten Bezahlung. Aber das wichtigste ist, dass bevor man die Baumgartner Höhe schließt, auch den finanziellen Rahmen der Nachfolgeinstitutionen festmacht. Das ist zu Zeit nicht passiert. Das weiß noch kein Mensch wie das wirklich sein soll.

Wie ich begonnen habe in der Psychiatrie, war man auf Subventionen angewiesen. Da habe ich in Kalksburg gearbeitet und wir haben einen Monat Geld bekommen, dann haben wir wieder keines bekommen. Da kam das Überleben der Institution auf Bittgesuche an. Das muss vorher abgeklärt werden. Ob es die Krankenkassen, ob es der Krankenanstaltenverbund übernimmt, ist an sich gleichgültig. Aber es sollte im medizinischen System bleiben. Wenn sie es in das soziale System hineintun, dann haben sie das Problem, dass es auf Freiwilligkeit passiert, während die Krankenkassen, solange sie es als Krankenbehandlung anerkennen, gesetzlich verpflichtet sind, es zu bezahlen. Deshalb ist es ganz wichtig, dass es eine Institution ist, die auch verpflichtet ist, es zu bezahlen. Mit Experten wie Dr. Schmidl oder Dr. Rudas usw., hätte ich keine Angst es durchzusetzen. In der jetzigen Politik kenne ich mich typisch nicht mehr so gut aus, wer was macht und wer dahinter steht und wer wirklich auch imstande ist zu sagen, dass er das durchsetzt bei all diesen Spar Appellen.

Nun die Ziele, völlig klar: Gut betreute psychiatrische Patienten sind deutlich weniger kostenintensiv als schlecht betreute oder nichtbetreute. Von den psychiatrischen Patienten die später eine

Vortrag Univ. Prof. Dr. Lesch im Rahmen der Mediationsgespräche Steinhof am 14.8.2012

Sachwalterschaft bekommen, haben nur 5% einen Kontakt mit der Psychiatrie(Diplomarbeit). Diese Tatsache zeigt, dass das ambulante Angebot noch niederschwelliger und besser ausgebaut werden muß.

Die hohen Kosten sind verursacht auch durch Gefängniskosten und Spitalsaufenthalte. Es gibt Patienten, die 35-mal und noch häufiger stationär waren. Ich kann ihnen schon ungefähr voraussagen, wie sich der Verlauf der stationären Betreuung von Obdachlosen entwickelt. Stationäre Aufnahme verschiedener Länge, keine suffiziente Nachbetreuung (Wohnung, Struktur) Es dauert ein- oder zwei Wochen dann geht es ihm wieder schlecht, und dann ist er im nächsten Spital auf der Intensiv, auf der Chirurgie, auf der Dermatologie, wo auch immer und verursacht Riesenkosten.

Ich weiß nicht ob sie wissen wie teuer ein Bett im AKH ist. Also da können sie im Otto Wagner Spital schon viele Psychiatrietherapien machen, was sich auszahlen würde. Wir hatten diese Teile schon zum Teil wie z.B. die Braungasse für Schizophrene mit Dr. Strobel. Wo es insgesamt damals um 5 Millionen Schillinge gegangen wäre, als Jahresbudget für diese Gruppe, welches die Caritas benötigt hätte. Wir konnten uns damals gegen den Stadtrat Rieder nicht durchsetzen und haben damals ganz einfach verloren. An das muss man sich gewöhnen in dem Bereich, dass man nicht immer gewinnt.

Interventionen so früh wie möglich. Reduzierte Chronifizierung. Wenn sie jemanden haben der das fünfte Mal schon auf die Interne kommt und nur mehr die Leber behandelt wird, was erwarten sie sich beim sechsten Mal von der Psychiatrie. Verstehen sie, sie sind dann einfach falsch aufgenommen.

Ein Beispiel aus einer zwar relativ alten Studie (1966): es gibt einen biologischen Marker, da nimmt man Blut ab und an Hand der Werte sieht man, ob jemand mehr als einen Liter Wein täglich über drei Wochen vor der stationären Aufnahme zu sich genommen hat. Können sie es sich vorstellen dass es 29% auf internen Abteilungen verschiedener österreichischer Spitäler waren, z. B. im Donauspital, im KFJ, in Kittsee, in Kufstein. Es ist nachzulesen in „Alkohol und Tabak“, O. Lesch und H. Walter, Springer Verlag 2009. Bei angemeldeten Operationen waren es 12%. Stellen sie sich die Kosten vor, die entstehen bei der Anästhesie, die anders wirkt. Nach der Operation sind die Komplikationsraten erhöht, die Liegedauer auf einer Intensivstation ist bei diesen Patienten doppelt so lange wie bei den andern Patienten.

Nun zum Abschluss. Wenn man die ganzen Sachen nur von den Kosten, nur ökonomisch und nur vom Einsparen sieht, ist es so wie wenn man einen Zylinder, einen Kegel, eine Kugel nur von einer Seite beleuchtet. Dann schaut alles gleich aus und dieses Gleiche passt natürlich manchen Leuten, um Geld zu verdienen. Das muss man ganz klar sagen, dass das der wahre Hintergrund ist.

Ich denke, dass das Wesentliche, das hier auf der Baumgartner Höhe passiert, vor allem in den letzten Jahren, also seit 1980, darin liegt, dass man von verschiedenen Seiten hinschaut. Nicht nur von der Seite der Behandlung sondern auch von der Förderung von gesunden Anteilen, persönlichen Anteilen. Es wäre ein großer Schaden, wenn dies alles stirbt. Finanzielle Mittel aus dem Geld das hier verdient wird, sollte auch in diese Dinge fließen. Dazu bräuchte man eine Expertengruppe aus verschiedenen Richtungen, die aber von der Gemeinde und von ähnlichen Institutionen unabhängig sind. Sonst trauen sie sich leider nichts sagen.

Wenn sie noch Fragen haben, wenn sie die Literatur dazu möchten oder wenn sie noch irgend etwas interessiert kann ich Ihnen gerne noch zusätzliche Informationen zukommen lassen.