



Gemeindenaher Psychiatrie

Gemeindenahe Psychiatrie

Tagungsbeiträge

Herausgegeben von C. Kulenkampff
und
W. Picard

Aktion Psychisch Kranke

RHEINLAND-VERLAG GMBH • KÖLN
in Kommission bei Rudolf Habelt Verlag • Bonn

Gedruckt mit Unterstützung der Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung

ISBN 3 - 7927 - 0308 - 4

© 1975 Rheinland-Verlag GmbH • Köln

Herstellung: Publikationsstelle des Landschaftsverbandes Rheinland

Gestaltung: Norbert Radtke

Druck: Druckhaus B. Kühlen KG, 4050 Mönchengladbach 1

Inhalt

| | |
|----------------|----------|
| Vorwort | 9 |
|----------------|----------|

A. Einführung

C. Kulenkampff

| | |
|--|----|
| Zeitgemäße Formen der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung | 13 |
|--|----|

H. Martini

| | |
|--|----|
| Verbesserung der psychiatrischen Versorgung — aus kommunaler Sicht | 19 |
|--|----|

B. Praktische Erfahrungen mit gemeindenahen Einrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte

R. Creutz, H. D. Kähler, U. Schmidt

| | |
|---|----|
| Zur Bedeutung ambulanter Dienste für die Versorgung psychisch Kranker | 27 |
|---|----|

E.-G. Ducho

| | |
|---|----|
| Die Rolle der niedergelassenen Nervenärzte bei der Versorgung psychisch Kranker | 47 |
|---|----|

G. Kohlscheen

| | |
|---|----|
| Beratungsstellen in der gemeindenahen Psychiatrie | 53 |
|---|----|

U. Christiansen

| | |
|---|----|
| Der Psychiatrische Sozialdienst an der Rheinischen Landes- klinik Köln-Merheim — sozialpsychiatrische Versorgung in und mit der Stadtgemeinde | 59 |
|---|----|

| | |
|---|-----|
| H. Bakony | |
| Erfahrungen aus der Arbeit der Abtei und Gemeindepsychiatrie des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim | 64 |
| H. Brodbeck | |
| Tagesklinik als Instrument gemeindenaher psychiatrischer Versorgung | 73 |
| B. Tacke | |
| 1. Stationäre und ambulante Psychiatrie unter dem Aspekt der Rehabilitation | 76 |
| 2. Zum Aufbau einer Rehabilitationsabteilung am Psychiatrischen Behandlungszentrum Köln | 80 |
| W. Pöhler | |
| Übergangsheime, Wohnheime und Wohnangebote anderer Art in der gemeindenahen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter | 85 |
| R.-J. Hägebarth | |
| Wohngemeinschaft für psychisch Kranke | 88 |
| K. Behrends | |
| Die psychiatrisch-psychohygienische Versorgung am Gesundheitsamt | 94 |
| A. Veltin | |
| Probleme und Zukunftsperspektiven einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung durch Tagesklinik, Nachtambulanz und extramurale Dienste | 102 |
| M. Bergener | |
| Das Psychiatrische Behandlungszentrum Köln-Merheim, ein Modell Versuch einer Bilanz | 107 |
| H. Philipzen | |
| Psychiatrische Abteilung am allgemeinen Krankenhaus | 115 |

C. Kritische Anmerkungen zum Konzept der „Gemeindenahen Psychiatrie“

A. Finzen

Gemeindenaher Psychiatrie und die Gewähr der Ungleichheit der Versorgung 121

M. Bauer

Hilfen für Angehörige von psychisch Kranken 127

M. Kretschmer

Die Versorgung der psychisch Kranken im Raum Stuttgart — aus der Sicht der Angehörigen 131

D. Forschungsergebnisse und praktische Erfahrungen in ihrer Bedeutung für die Reform der Versorgung psychisch Kranker

H. Häfner

Forschungsergebnisse und praktische Erfahrungen in ihrer Bedeutung für die Reform der Versorgung psychisch Kranker 137

B. Cooper

Die Bedeutung von Forschungsergebnissen für Praxis und Planung in der Psychiatrie 144

H. Lauter

Forschungsergebnisse und praktische Erfahrungen auf dem Gebiet der Alterspsychiatrie in ihrer Bedeutung für die Reform der psychiatrischen Versorgung 155

M. H. Schmidt

Die Bedeutung von Forschungsergebnissen für die Praxis und Planung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 169

Autorenverzeichnis 183

Stichworte zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter 185

Vorwort

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE hat sich die Aufgabe gestellt, alle verfügbaren Kräfte in unserer Gesellschaft für die Verbesserung der in vieler Hinsicht unzureichenden Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zu mobilisieren.

Diesem Ziel dienten auch die drei Informationstagungen, die sie 1975 zusammen mit regionalen Fachkrankenhäusern oder Gruppen in Stuttgart, Mannheim und Köln veranstaltete. Sie trafen zeitlich mit der Veröffentlichung des Berichts der Sachverständigen-Kommission zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland zusammen. Dieses Zusammentreffen hatte den Sinn, in die Diskussion dieses Berichts einzuführen. Denn ein hinreichendes Problembewußtsein und ein Verständnis vor allem bei den Entscheidungsfragen und Meinungsbildenden zu entwickeln, sind eine unabdingbare Voraussetzung für eine fruchtbare Aufnahme des Berichts und damit für die Verwirklichung der vorgeschlagenen Verbesserungen, der Hilfen für psychisch Kranke und Behinderte. Diese Verbesserungen sind nicht allein zu erreichen durch eine größere Bereitschaft eines wachsenden Teils der Bevölkerung und der Mitarbeiter, sich stärker als bisher für die psychisch Kranken und Behinderten zu interessieren und zu engagieren. Es werden auch größere finanzielle Leistungen der öffentlichen Hand erwartet. Trotz der gegenwärtigen angespannten Finanzlage muß von den Politikern verlangt werden, den viele Jahre vernachlässigten Aufgaben einer menschenwürdigen Versorgung unserer psychisch Kranken und Behinderten die notwendige Aufmerksamkeit zu schenken und sie als vordringlich zu behandeln.

Die AKTION veröffentlicht die Referate dieser Tagungen, welche eine Fülle von Anregungen enthalten, die 2jhr Nachahmung reizen oder auch Fehler zu vermeiden helfen. Die AKTION PSYCHISCH KRANKE dankt den Referenten für ihre Mitarbeit und hofft, daß der vorliegende Band eine breite Aufmerksamkeit findet.

Bonn/Köln im Oktober 1976

Die Herausgeber

A. Einführung

Zeitgemäße Formen der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung

C. Kulenkampff

Unter den Grundforderungen zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in diesem Lande nimmt das Prinzip der Gemeindenähe einen der ersten Plätze ein.

Ein System der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter ist dann gemeindenah organisiert, wenn es in erreichbarer Nähe eine bedarfsgerechte Vielfalt von präventiver, diagnostisch-therapeutischen, rehabilitativen, beratenden, betreuenden und pflegenden Diensten anbietet. Hierbei hat die Sachverständigen-Kommission die Bezeichnung „erreichbare Nähe“ oder „Zugänglichkeit“ dadurch definiert, daß die entsprechenden Versorgungseinrichtungen in der Regel innerhalb von etwa einer Stunde mit öffentlichen Verkehrsmitteln aufgesucht werden können. Im allgemeinen entspricht das einem Gebiet mit dem Radius von 25 km.

Die These, Dienste zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter sollten in diesem Sinne gemeindenah lokalisiert, das heißt für alle Bürger gleichmäßig zugänglich sein, folgt nicht irgendeinem modischen Trend, sondern ergibt sich konsequent aus einer Reihe sachlicher und funktionaler Zusammenhänge. Die; für psychisch Kranke und Behinderte so wichtige Vor- und Nachsorge, Beratung, Ambulanz lassen sich nur sinnvoll betreiben, wenn sie auf einen überschaubaren Bereich mit begrenzter Bevölkerungszahl bezogen werden. Halbstationäre Dienste, also Tages- und Nachtkliniken, des weiteren Übergangsheime, Wohnheime, Werkstätten, Patienten Clubs können ihre Aufgaben nur zureichend erfüllen, wenn sie sich in räumlicher Nähe zu den Wohngebieten befinden.

Die notwendige kooperative und konsularische Verknüpfung der an der Versorgung beteiligten Einrichtungen ist nur zu realisieren, wenn sich die Zusammenarbeit im persönlichen Kontakt an der vorgegebenen Struktur eines Gemeindebezirks, einer oder mehrerer Gemeinden übersehbar orientieren kann. Und schließlich wissen wir alle, daß die anhaltende Absonderung psychisch Kranker und Behinderter von der Familie, vom Freundeskreis und Arbeitsfeld eine rehabilitativ eingestellte Therapie erheblich behindert, die Verweildauer im Krankenhaus ungünstig beeinflusst und zu sogenannten Hospitalismusschäden führen kann.

Diese Gründe machen es verständlich, weshalb die Sachverständigen-Kommission empfiehlt, die bedarfsgerechten Dienste in geographi-

schen Bereichen — in Standardversorgungsgebieten — zu bündeln. Die Bevölkerungszahl eines Standardversorgungsgebietes sollte zwischen ca. 150 000 und 350 000, in der Regel bei 250 000 Einwohnern liegen.

Es ist hier nicht der Ort, auf Einzelheiten eines derartigen Dezentralisierungsvorganges bei der angestrebten Neuordnung des Versorgungssystems einzugehen. Auch muß unberücksichtigt bleiben, daß eine nicht geringe Anzahl von Hinrichtungen verschiedener Art infolge ihrer Kapazität und/oder ihres Spezialisierungsgrades auf einen größeren Bevölkerungssektor bezogen werden müssen. Die Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission sprechen hier von übergeordneten Versorgungsgebieten. Gehen wir also von dem Modell eines Standardversorgungsgebietes aus und fragen uns, wie in einem solchen Bereich gemeindenaher psychiatrische Versorgung zeitgemäß aussehen könnte.

Hier springt — wie sollte es anders sein — zunächst der Mangel ins Auge:

- Wir haben nicht genug gemeindenaher gelegene stationäre Dienste; zu deutsch: psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

Die Erhebungen der Sachverständigen-Kommission haben im ganzen Bundesgebiet 44 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie mit insgesamt 3164 Betten erfaßt. Allein die Hälfte davon befindet sich im Lande Nordrhein-Westfalen. Durchschnittlich verfügen diese Abteilungen über 72 Betten. Die meisten von ihnen werden gemischt mit psychiatrischen und neurologischen Patienten belegt.

- Wir haben nicht genug komplementäre Dienste, das heißt Übergangsheime, Wohnheime, Einrichtungen für Mehrfach- und Schwerstbehinderte, beschützende Wohngruppen, Patientenclubs, Tagesstätten.

Die Sachverständigen-Kommission ermittelte einen Gesamtbedarf an komplementären Diensten für alle Patientenkategorien (außer Suchtkranken) und alle Altersgruppen von 2,24 Betten auf 1000 Einwohner.

- Es fehlt, übers Ganze gesehen, weiterhin an ausreichend speziellen rehabilitativen Diensten - also Werkstätten für Behinderte und beschützenden Arbeitsplätzen.
- Vor allem aber sind die ambulanten Dienste unzureichend entwickelt, lückenhaft und schlecht koordiniert.

Die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in einem Standardversorgungsgebiet ist auf die Mitwirkung vieler Beteiligten angewiesen. Sie ist zu optimieren, wenn diese beteiligten Dienste ineinandergreifen und sich miteinander verknüpfen. Wir neigen in oft verhängnisvoller Weise dazu, die Versorgungsleistung immer nur auf das Bett oder den Platz zu beziehen und vergessen dabei, daß die Versorgungsstruktur einem mannigfaltig verflochtenen Netzwerk gleichkommt. Die stationären Dienste sind wichtig - wer wollte das leugnen - aber sie sind eben nur ein Teil des Ganzen. Und mehr noch: Die quantitative Hauptlast der Versorgung liegt zweifellos schon jetzt und sollte zukünftig noch vermehrt im Vorfeld der stationären Dienste liegen.

Es ist daher legitim und gesundheitspolitisch richtig, dem nichtstationären Versorgungssektor besonderes Gewicht beizumessen. Eine solche Akzentuierung kann sich nicht nur auf therapeutisch-rehabilitative Argumente, sondern auch auf die heute besonders aktuelle Überlegung stützen, daß jeder eingesparte stationäre Pflge-tag die davonlaufenden Kosten jedenfalls volkswirtschaftlich gesehen verringert.

Die allenthalben rückläufigen Belegungsziffern der psychiatrischen Krankenhäuser in praktisch sämtlichen Bundesländern — allein im Zuständigkeitsbereich des Landschaftsverbandes Rheinland ist der Bettenbestand in den 7 großen Landeskrankenhäusern während der vergangenen 5 Jahre um 15% zurückgegangen — sind in diesem Zusammenhang zu sehen und trotz der oft schmerzhaften Einnahmeverluste für manchen Träger aus einem übergeordneten Gesichtspunkt positiv zu beurteilen. Es wirkt diese Tendenz rückläufig gleichsam verstärkend auf die Nachfrage im halbstationären und komplementären Bereich — so daß hier das Defizit in durchaus wünschenswerter Weise augenscheinlicher ins Bewußtsein dringt — bis hin zum ambulanten Sektor. Diesen nun selbst wiederum als Bestandteil des Gesamtversorgungsnetzes zeitgemäß, und das kann nur heißen: bedarfsgerecht auszuformen, ist keine leichte Sache. Zunächst einfach deswegen, weil die pauschale Bezeichnung: „Ambulante Dienste“ einen äußerst komplexen Bereich abdeckt. In ihn gehören die niedergelassenen Ärzte — Ärzte für Allgemeinmedizin bzw. praktische Ärzte, Nervenärzte, andere Fachärzte, Psychotherapeuten, Psychagogen — die nicht-professionelle und professionelle Beratung und Betreuung verschiedenster Art, die eigentlichen Beratungsstellen und die Ambulanzen — soweit überhaupt vorhanden.

Kein Zweifel, daß auf diesem Felde nicht alles so verknüpft und sinnvoll verflochten ist, wie das erstrebenswert wäre, sondern nebeneinanderher und ohne die notwendige, den Einzelfall angepaßte Flexibilität verläuft. Angesichts der Tatsache, daß zumindest in den Bal-

lungsgebieten doch eine ganze Menge an kompetenten Diensten vorhanden ist, wäre es in der Tat den „Schweiß der Edlen“ wert, hier ohne großen Kostenaufwand die Effektivität der Versorgung durch Rationalisierung, durch Koordination und realitätsbezogene Planung zu steigern, in einer Zeit, der offenkundig das Geld ausgeht, liegen derartige Aufgaben für die Kommunen und die Kommunalverbände besonders eindringlich auf der Hand. Die Sachverständigen-Kommission hat hierzu ausdrücklich Stellung genommen und Vorstellungen entwickelt.

Nun gibt es allerdings nicht nur Sand im Getriebe, sondern echte Versorgungslücken im ambulanten Sektor: So etwa haben wir zu wenig nervenärztliche Praxen in ländlichen Gebieten, zu wenig Beratungsstellen, ein Defizit im schulpsychologischen Dienst — um nur einige Beispiele zu nennen. Besondere Bedeutung kommt darüber hinaus folgendem Sachverhalt zu;

Niedergelassene Nervenärzte und psychiatrische Krankenhäuser betreuen und behandeln ganz offensichtlich zwei verschiedene Patientenkollektive, die sich nur teilweise überlappen. Dies bedeutet, daß die Vor- und Nachsorge, die Vorbehandlung und Nachbehandlung nicht für alle Patientenkategorien gleichmäßig sichergestellt ist. In der Tat gibt es eine Kerngruppe schwerer Gestörter — überwiegend Schizophrene, Suchtkranke und psychisch Alterskranke -, mit denen sich die psychiatrischen Krankenhäuser zu befassen haben, welche außerhalb der stationären Krankenhausdienste unzulänglich oder überhaupt nicht versorgt werden.

Sehr präzise epidemiologische Untersuchungen im Auftrage der Sachverständigen-Kommission von D.LLING¹ an sieben nervenärztlichen Praxen in Oberbayern haben folgendes gezeigt: 85% der aus dem zuständigen psychiatrischen Krankenhaus entlassenen Patienten gingen nicht zum Nervenarzt, so daß eine kontinuierliche fachärztliche Weiterbehandlung nur bei einem geringen Teil der Kranken erfolgte. Von den entlassenen schizophrenen Patienten kamen nur 28%, von den Kranken mit affektiven Psychosen nur 27% in die Nachbehandlung durch den niedergelassenen Nervenarzt. Noch niedriger lagen die Prozentsätze bei psychisch Alterskranken und Suchtkranken. Zu ähnlichen Zahlen kamen BOSCH, LEIPERT und PIETZKER² bei einer Untersuchung an 300 schizophrenen Patienten in Berlin und einer ländlichen Region in Baden-Württemberg. Nur 24% der entlassenen Schizophrenen wurden in den Praxen niedergelassener Nervenärzte regelmäßig nachbehandelt. Dabei ergaben sich deutliche Unterschiede zwischen Stadt und Land: 32% betrug der Anteil in der Stadt, während auf dem Lande nur 11% der entlassenen schizophrenen Patienten durch die nervenärztlichen Praxen versorgt wurden. Diese

Fakten sind einer der Hauptgründe für die Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission, ambulante Dienste an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen zu etablieren; nicht um den niedergelassenen Nervenärzten — die quantitativ die Hauptlast der Versorgung zu tragen haben - unsinnige Konkurrenz zu machen, sondern um eine ganz offenkundige Versorgungslücke im Standardversorgungsgebiet zu schließen.

Der ambulante Dienst sollte ferner neben der so dringend notwendigen Nachsorge Untersuchungen und Behandlungen zur Vorbeugung von Rückfällen bzw. zur Verhütung unnötiger stationärer Aufnahmen vornehmen, seine Hilfe konsiliarisch anderen an der Versorgung beteiligten Institutionen in der Gemeinde anbieten können und in der Lage sein, direkt am Ort bei auftretenden Schwierigkeiten und Krisen unter Umständen rund um die Uhr zu intervenieren.

Die Sachverständigen-Kommission hat sich auf diesen Katalog der Aufgaben ambulanter Dienste an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen mehrheitlich geeinigt.

Wege der Realisierung wurden allerdings nicht präzisiert, so daß diese Empfehlung, deren Umsetzung einen der wichtigsten Schritte bei der Entwicklung der gemeindenahen Versorgung kennzeichnet, zunächst in der Luft hängt.

Es ist bekannt, daß wir es hier mit einem sogenannten heißen Eisen zu tun haben. Lassen Sie mich einmal völlig ungeschützt, auch unabhängig vom Enquete-Bericht, zu diesem Problembereich meine persönliche Meinung sagen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen möchten den ambulanten Dienst am psychiatrischen Krankenhaus, wenn überhaupt, dann nur über Beteiligungen der Chefarzte und Ermächtigungen verwirklichen. Dies mag in einzelnen Häusern, vor allem auch freier Träger, wenigstens zur partiellen Erfüllung des geforderten Aufgabenbereiches praktikabel sein. Für die psychiatrischen Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft — und dies ist ja die überwiegende Mehrzahl — ergeben sich schier unüberwindliche Schwierigkeiten durch die Kollision mit dem Nebentätigkeitsrecht. Die Kombination einer Tätigkeit als Beamter oder Angestellter im öffentlichen Dienst mit einer freiberuflichen, kassenärztlichen Tätigkeit ist gesetzlich eingeschränkt und kann nicht zum Regelfall für die Erfüllung eines ganzen Aufgabengebietes genommen werden, an dem zudem eine Mehrzahl von Mitarbeitern beteiligt sein müssen. Der Weg über die Nebentätigkeitsgewährung ist außerdem deswegen völlig abstrus, weil es sich natürlich um ein Hauptamt, um eine hauptamtliche, eine 40-Stunden-Woche umfassende Tätigkeit handelt, wenn Nachsorge, ambulante Untersuchung und Behandlung — also die sogenannte Vorschaltambulanz — konsi-

liarische Betreuung und Behandlung in der Gemeinde und Krisenintervention wirklich breit und bedarfsgerecht durchgeführt werden sollen. Weil das so ist, sollte bei der Einrichtung der ambulanten Dienste an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen der vorgesehene sogenannte Institutsvertrag Anwendung finden. Auch hier handelt es sich nicht um so etwas wie einen Freibrief zur Errichtung von Ambulatorien, die dem niedergelassenen Arzt das Wasser absaugen, um eine Möglichkeit, einen Teilbereich der Medizin auf kaltem Wege zu verstaatlichen, sondern um einen aufgabenbezogenen Vertrag. In einem solchen Vertrag wird sehr wohl der Leistungsumfang festgelegt und kontrollierbar. Es könnte ferner die Qualifikation der am ambulanten Dienst beteiligten Mitarbeiter fixiert werden. Naturgemäß würden sich ambulante Dienste dieser Art sowieso nur dort aufbauen lassen, wo die Übernahme eines neuen Aufgabengebietes personell möglich ist. Es würde sich anbieten, an einigen Stellen modellhaft auf der Basis des Institutsvertrages zu beginnen, Erfahrungen zu sammeln und entsprechend fortzufahren.

Daß die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter gemeindenah, auf eine überschaubare Gemeinde hin orientiert, organisiert sein sollte, ist eine gewiß einleuchtende und akzeptable Forderung. Dies insbesondere, wenn man sich vergegenwärtigt, daß etwa jeder dritte Bundesbürger andauernd, wiederholt oder wenigstens einmal in seinem Leben in irgendeiner Form von psychischer Krankheit oder Behinderung betroffen ist. Das bedeutet doch, daß dort, wo wir leben, wohnen und arbeiten, ständig Beratung, Behandlung, Betreuung, Pflege — also Hilfe für Betroffene notwendig ist.

Das Versorgungssystem, mit dem wir zurechtkommen müssen, stammt zu einem beträchtlichen Teil aus der Vorstellungswelt unserer Väter und Großväter. Vieles von dem, was sie dachten, ist zu Stein, zur Institution, zur Gewohnheit geworden und läßt sich nicht ohne weiteres verrücken.

Kurzfristig wäre es notwendig, die Einsicht in das Bessere zu erzeugen, längerfristig und stufenweise die Konsequenzen daraus zu ziehen. Diesen Prozeß in Gang zu bringen, ist eigentlich die Hauptaufgabe des Enquete-Berichts. Daß das; Thema nicht wieder vom Tisch kommt, daran müssen wir alle zusammen arbeiten.

¹ DILLING, H., S. WEYERER: Die ambulante Vor- und Nachbehandlung der stationären Patienten in den Landkreisen Berchtesgaden, Rosenheim und Traunstein. Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Bundestagsdrucksache 7/4201, 1975, S. 38[^]-399.

² BOSCH, G., LEIPERT und A. PIETZCKER: Nachbehandlung krankenhausesentlassener schizophrener Patienten. - Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Bundestagsdrucksache 7/4201, 1975, S. 344-360.

Verbesserung der psychiatrischen Versorgung – aus kommunaler Sicht

H. Martini

Zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung möchte ich gleich zu Anfang sagen, daß wir in der Kommune die psychiatrische Versorgung einordnen müssen in die Verbesserung der medizinischen Versorgung allgemein. Denn es wird keine Stadt in der Größenordnung von Mannheim geben, bei der nicht neben dem Fach Psychiatrie auch bei anderen medizinischen Fachdisziplinen noch eine Verbesserung erforderlich ist. Verbesserung der psychiatrischen Versorgung bedeutet aus kommunaler Sicht deswegen zunächst einmal die Verbesserung eines Teilbereichs, eines sehr wichtigen und sehr schwierigen Teilbereichs der medizinischen Versorgung allgemein. Ich zeige das kurz am Beispiel der Stadt Mannheim.

Als wir vor etwa 15 Jahren begannen, die medizinische Versorgung in Mannheim auszubauen, zeigte sich, daß in mindestens zwei Fachdisziplinen, der Orthopädie und der Psychiatrie, die Versorgung völlig unzureichend war, eine Versorgung im stationären Bereich fand überhaupt nicht statt. Sie beschränkte sich auf die Versorgung durch niedergelassene Ärzte. Wir haben inzwischen 1970 eine orthopädische Klinik mit 130 Betten eröffnet, und wir sind im Augenblick dabei, mit diesem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit die psychiatrische Klinik zu eröffnen. So gelang es aus kommunaler Sicht, zwei medizinische Fachdisziplinen neu in dieser Stadt einzurichten, die es vor 10 Jahren noch nicht gegeben hat. Andere Städte von vergleichbarer Größe wie Mannheim, d. h. mit rund 300000 Einwohnern, verfügen weder über eine orthopädische Klinik noch über eine psychiatrische Klinik. Freilich mußten wir nicht nur in diesen beiden Fächern die medizinische Versorgung verbessern. Es gab und gibt eine Reihe kleinerer Fächer, bei denen die Versorgung verbessert worden ist oder weiter verbessert werden wird. Welche Chancen bestehen nun, die psychiatrische Versorgung aus kommunaler Sicht zu verbessern? Wegen der breit gefächerten und schwierigen Versorgungskonzepte ist es bei der Psychiatrie weitaus schwieriger als bei den anderen medizinischen Fachdisziplinen. Im Gegensatz zu anderen Fachdisziplinen ist bei der Psychiatrie eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitswesen und dem Sozialwesen unverzichtbar notwendig. Man kann sagen, daß die Psychiatrie ohne die sozialen Institutionen und ohne die sozialen Dienste nicht auskommt. Das heißt, daß die

Psychiatrie die sozialen Institutionen und die sozialen Dienste zunächst einmal als Hilfsfunktionen sieht, die sie benötigt, um ihre therapeutischen Konzepte zu verwirklichen.

Man kann aber diese Betrachtung auch einmal umkehren, also nicht nur die Frage stellen, was kann das Sozialwesen der Psychiatrie beisteuern, sondern: Was kann das Sozialwesen einer Kommune von der Psychiatrie erwarten? Diese Frage ist: dann zunächst so zu beantworten, daß die Psychiatrie eine ganze Reihe von [Aufgaben zu übernehmen hat, die bisher vom Sozialwesen bewältigt werden mußten. Betrachtet man die Situation in einer Stadt wie Mannheim, dann muß man feststellen, daß über viele Jahrzehnte hinweg der Sozialbereich, die sozialen Dienste und Institutionen viel von dem aufgefangen haben, was getan werden mußte, was aber von der Psychiatrie nicht getan werden konnte, weil eine psychiatrische Versorgung hier in der Stadt, mindestens im stationären und halbstationären Bereich, nicht stattgefunden hat. Das Sozialwesen ist in eine Lücke eingesprungen, und zwar sowohl bei den Erwachsenen wie! auch bei den Kindern und Jugendlichen. Das Sozialwesen kann demnach erwarten, daß ihm mit dem Ausbau der psychiatrischen Versorgung diese Aufgaben abgenommen werden. Dem Sozialwesen steht eine Entlastung, eine Aufgabenübernahme in den medizinischen Bereich bevor und damit in den Bereich, der von der Sache, von seinen Inhalten und von seinen Möglichkeiten her zuständig ist. Das zweite, was das Sozialwesen von der Verbesserung der psychiatrischen Versorgung erwartet, ist, daß die Psychiatrie für den Teil, der dem Sozialbereich verbleibt, Anstöße und Impulse gibt, Hinweise und Ratschläge, Unterstützung und Hilfe. Damit kommen wir zu jener Diskussion, die m Anschluß an das Referat von Frau Dr. Bakony geführt wurde, nämlich zur Frage, wieweit sich die Psychiatrie im Bereich des kommunalen Sozialwesens vorwagen sollte oder vorwagen kann.

Gestern ist eine Unterscheidung getroffen worden etwa in der Weise, daß die Psychiatrie besonders in ihrem Teilbereich der Gemeindepsychiatrie sich spezialisieren und Schwerpunkte setzen sollte: z. B. bei der Beratung im Einzelfall; daß sie sich aber zurückhalten sollte in der Beratung der sozialen Institutionen selbst. Das ist eine Thematik, die noch nicht voll ausdiskutiert wurde und über die noch nachzudenken ist. Es ist mit Bestimmtheit so, daß die Psychiatrie leicht in die Gefahr einer Allzuständigkeit kommen könnte, in die Gefahr einer Psychiatrisierung des Sozialbereichs. Diese Allzuständigkeit kann nicht angestrebt werden, sollte nicht gewollt sein. Wobei ich allerdings aus der Erfahrung der letzten zehn Jahre nicht verkennen möchte, daß diese Gefahr zwei mögliche Ursachen hat: Einmal, daß der Psychiater selbst sich zuviel zumutet, daß er meint, er könne die

Institutionen in allen ihren Bereichen beraten; zum zweiten, daß aus den Institutionen von ihm zuviel Rat abgefordert wird, weil die Institutionen selbst und ihre Mitarbeiter von der Psychiatrie zuviel erwarten. Diese überhöhten Erwartungen wurden nicht zuletzt dadurch ausgelöst, daß wir in den letzten 20 Jahren eine starke Popularisierung psychiatrischer Einsichten feststellen. Bei dieser Popularisierung ist vieles sehr vereinfacht worden, was in den Institutionen und auch bei der breiten Bevölkerung zu hohen Erwartungen führt, die nicht erfüllt werden können. Wir müssen bei dieser Aufgabe der Psychiatrie, dem Sozialwesen Impulse, Anregungen und Hilfen zu geben, das richtige Maß finden. Für meine Person erwarte ich die Impulshilfen der Psychiatrie nicht nur gebunden an den Einzelfall, sondern ich bin der Meinung, daß in Maßen auch eine Beratung der Institutionen möglich ist unter folgenden Voraussetzungen: der Psychiater weiß mehr und hat mehr Vorstellungen und Überlegungen angestellt, als das Fach Psychiatrie nach seinem allgemeinem medizinischen Inhalt vermittelt; der Psychiater hat sich informiert und hinein-gedacht in die Problematik sozialer Institutionen und ist sich zugleich bewußt, daß er bei der Beratung der Institutionen nur mitwirken kann, nur Teilaspekte abdecken kann. Hier möchte ich eine Bemerkung von Frau Bakony zitieren, die ausführte, daß sich aus der Beratung des Einzelfalls sehr leicht und mehr oder weniger von selbst ein Übergang in die Beratung der Institutionen ergibt. Noch einmal unterstrichen: Wenn der Psychiater sich dabei der Grenzen seiner Möglichkeiten bewußt ist, wird die Sache gutgehen.

Was hat die Kommune zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung anzubieten? Ich glaube, daß die Kommune, die Stadt, zwei Dinge anzubieten hat, die bemerkenswert erscheinen, bemerkenswert im Vergleich zu anderen Staaten. Einmal haben wir in den Städten der Bundesrepublik sehr gute soziale Dienste. Betrachtet man nur einmal die Familienfürsorge, so trifft die Psychiatrie, wenn sie in die Gemeinde zurückkehrt, auf ein dichtes Netz sozialer Dienste. Das ist in anderen Staaten in diesem Maße nicht vorhanden. Daher geht es beim Ausbau der psychiatrischen Versorgung darum, daß sich die Konzepte, die in der Psychiatrie entwickelt werden, bei ihrer Verwirklichung der bestehenden Möglichkeiten des sozialen Kommunalwesens bedienen. Eine breit angelegte Palette von Diensten und Institutionen ist bereits vorhanden. Zum zweiten ist die Tatsache übergeordnet, daß unsere Kommunen ein hohes Organisationspotential haben, das heißt, wenn wir unseren ganzen Staatskörper in der Bundesrepublik betrachten, dann dürfen wir sagen, daß dieser Staat auf der kommunalen Ebene sehr leistungs- und aktionsfähig ist - im Gegensatz etwa zu Frankreich, wo die kommunale Ebene durch die Zentralisierung sehr schwach ausgestaltet ist. Damit trifft die Psychiatrie in der

Kommune auf zwei günstige Voraussetzungen: auf das Organisationspotential und daraus resultierend auf die breit gefächerten sozialen Dienste und Institutionen, sei es in der Trägerschaft der Kommunen, als auch der Wohlfahrtsverbände und freien Träger.

Man muß allerdings sagen, daß die organisatorischen Anforderungen, die die therapeutischen Konzepte der Psychiatrie stellen, auch sehr hoch sind, und daß das, was die Psychiatrie hier am Orte will, eine sehr hohe Organisationskraft in der Kommune voraussetzt. Ich habe manchmal den Eindruck, daß die Psychiater noch mehr für organisierbar, noch mehr für machbar halten, als in der Kommune mindestens auf schnellen Wegen möglich ist. Das führt zu einem grundsätzlichen Problem zwischen der Medizin und der Kommune. Lassen Sie es mich so formulieren: Die Mediziner aller Fachrichtungen sind geneigt, ihren Patienten zu sagen, daß der Mensch nicht reparierbar sei und die Medizin eine Sache sei, die der Geduld bedürfe; die Geduld sei eine Generaltugend des Mediziners, und auch der Patient müsse sich in Geduld üben. Auf der anderen Seite sehe ich in allen medizinischen Fachdisziplinen eine Ungeduld gegenüber dem, was in der Kommune von selten der öffentlichen Hand geschehen soll. Während man in den medizinischen Fachgebieten selbst die Machbarkeit vieler Dinge sehr restriktiv beurteilt, überschätzt man auf der anderen Seite die Möglichkeiten des Partners, nämlich hier des Partners im Sozialwesen. Unter Machbarkeit verstehe ich jetzt nicht Finanzierbarkeit, die ich hier ganz ausklammern möchte, sondern Organisierbarkeit.

Trotz dieses von mir dargelegten Organisationspotentials ist weniger organisierbar, vor allen Dingen weniger schnell organisierbar, als es alle medizinischen Fachrichtungen und besonders die Psychiatrie von ihren Konzepten her erfordern. Wir müssen (Jäher als Vertreter der Kommunen auch die Psychiater, und die mit ihnen zusammenarbeiten, an die Tugend der Geduld erinnern. Wir müssen daran erinnern, daß eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung nur Schritt für Schritt, nur relativ langsam geschehen kann. Auch sollten nur solche Schritte getan und nur solche Institutionen aufgebaut werden, von denen man die Gewißheit hat, daß sie nicht gleich wieder umfallen. Ich bitte daher um Verständnis, daß die Umsetzung theoretischer Versorgungskonzepte nicht nur eine Frage der Finanzierbarkeit ist, sondern nach meinem Eindruck n mindestens gleichem Umfange eine Frage der Organisierbarkeit, und man sollte diese Organisierbarkeit in Beziehung zum Zeitablauf setzen. Für manches braucht man sehr viel mehr Zeit und einen viel längeren Atem, als man das gemeinhin annimmt. Auch dies ist an dem Beispiel dieses Mannheimer Zentralinstituts demonstrierbar: Sie sehen, daß wir mit diesem Institut jetzt am Anfang stehen, und wir schreiben November 1975.

Wenn wir die Entwicklung zurückverfolgen, dann haben wir vor etwa zehn Jahren begonnen, und man kann sicher sagen, es war eine gute Sache, daß uns vor zehn Jahren nicht bewußt war, ein wie langer Weg uns bevorsteht. Wenn wir damals gewußt hätten, daß zehn Jahre ins Land gehen, bis wir eine derartige Tagung in diesem Räume abhalten können, dann hätten vielleicht weder die psychiatrische noch die kommunale Seite diese Sache angestoßen. *Die* Geschichte dieses „langen Marsches durch die Institutionen“ werden wir eines Tages beschreiben, nicht in der herkömmlichen Form einer Feistschrift, sondern dann wirklich so wie es gewesen ist: mit allem! Vor und Zurück, mit allen Ungereimtheiten, mit allen Risiken, die damit verbunden waren.

Nun lassen Sie mich zu der Psychiatrie in der Gemeinde abrundend sagen: Es wird sich meiner Meinung nach herausstellen, daß die Konzepte, die zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung entwickelt wurden, sich am besten in Städten von der Größenordnung Mannheims verwirklichen lassen. Psychiatrie in der Gemeinde wird heißen „Psychiatrie in der Großstadt“, und zwar insbesondere Psychiatrie in einer Stadt von der Größenordnung Mannheims. Wenn man sich um die Definition der Großstadt bemüht, was von der Stadtsoziologie in den letzten zwanzig Jahren immer wieder versucht wurde, so kann man die Großstadt als ein Zusammenleben von Menschen definieren, bei dem bestimmte Dienste und bestimmte Maßnahmen besonders vereinfacht sind, so z. B. auf dem Gebiert der Kultur, der Schule und nicht zuletzt auch der medizinischen Versorgung. Die medizinische Versorgung ist nirgendwo so optimal darbietbar wie in einer Großstadt. Dies gilt besonders für die Psychiatrie, die sich sehr viel komplizierter darbietet, weil sie ausgefächerter als andere Fachdisziplinen ist. Eine Großstadt von der Größe Mannheims eignet sich nach meiner Erfahrung deswegen gut, v/eil es bei kleineren Städten mit 100000 oder 150000 Einwohnern schwieriger ist, den Fächer der psychiatrischen Versorgung so breit anzulegen wie hier, während in einer Großstadt wie Köln mit 1 Million Menschen oder München mit mehr als 2 Millionen Einwohnern die Anonymität der Institutionen und Dienste wieder groß ist und man deshalb dort viel stärker unterteilen muß als in einer Stadt wie Mannheim. Es wird sich zeigen, und die Erfahrung der vergangenen zehn Jahre hier in Mannheim hat es schon gezeigt, daß eine gute psychiatrische Versorgung einer Stadt in einem Stadtorganismus in der Gestalt von Mannheim am ehesten zu verwirklichen ist.

Ich möchte mit einer persönlichen Bemerkung schließen, wie ich vor 14 Jahren dazu kam, mich des Ausbaus der Psychiatrie besonders anzunehmen. Vielleicht kann man aus dieser Erfahrung allgemeine

Schlüsse ziehen. Als ich vor 14 Jahren in das Amt des Gesundheitsdezernenten dieser Stadt kam, begann ich eine Serie von Besprechungen, zunächst mit den Chefärzten der Städtischen Krankenanstalten und mit den Chefärzten andere Hospitäler. Da war der ständig wiederkehrende Wunsch, die Zahl der Betten zu vermehren. Der Chirurg wollte mehr Betten, und hat, wie er sagte, Betten auf den Gängen stehen, bei den Internisten, dem Pädiater und den kleinen Fächern war das nicht viel anders. Von der Psychiatrie sprachen die Kliniker jedoch nicht. Ich hatte dann eine Besprechung mit dem Vorstand der Mannheimer Ärzteschaft, und zwar fast auf den Tag genau vor 14 Jahren, und in dieser Besprechung ergab sich für mich plötzlich eine ganz andere Perspektive. Die niedergelassenen Ärzte forderten sehr nachdrücklich und vorrangig die Schaffung einer Möglichkeit zur psychiatrisch-stationären Versorgung in der Stadt selbst. Und wenn ich sagte: „Ich komme gerade von den Chefärzten der Kliniken, und die klagen über zu wenig Betten in der Chirurgie, der Inneren Medizin, der Frauenklinik und der Kinderklinik“, dann wurde mir von den niedergelassenen Ärzten geantwortet: „In der Chirurgie, in der Inneren Medizin, in der Kinderklinik, in der Frauenklinik, da mag es manchmal schwierig sein, da und dort ein Bett zu bekommen, aber letztlich bekommen wir unsere Patienten stationär doch unter. Was aber ein Mangel bis hin zum Skandal ist, das ist das völlige Fehlen stationärer psychiatrischer Behandlungsmöglichkeiten in der Stadt.“

Und das war eigentlich der Ausgangspunkt, daß ich mir sagte: man muß sich ein sehr umfassendes Bild machen und man darf sich nicht allein nach dem richten, was diejenigen sagen, die hier in der Stadt mit klinischen Institutionen bereits installiert sind. Interessant ist auch, woher der Wunsch nach der Kinder- und Jugendpsychiatrie kam: Der kam nicht aus der Kinderklinik, das kam auch nicht von den niedergelassenen Pädiatern, er kam aus dem Jugendamt der Stadt und aus den Kinderheimen. Von diesen und den freien Trägern der Wohlfahrtspflege wurde ich damals als Dezernent für das Sozialwesen nachdrücklich darauf hingewiesen, daß es notwendig sei, stationäre Behandlungsmöglichkeiten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu schaffen.

Nun zum Schluß: Ich habe mich zu der Frage geäußert, was die Psychiatrie im Verhältnis zum Sozialwesen nicht sein soll, wo sie sich nicht hinwagen soll. Vor kurzem ist mir ein Brief mit einer neuen Verballhornisierung des Begriffs „Zentralinstitut für Seelische Gesundheit“ auf den Tisch gekommen, da steht nämlich, der Brief betreffe das „Seelische Gesundheitsamt“. Das ist genau das, was die Psychiatrie in der Kommune nicht sein soll, sie soll nicht das „Seelische Gesundheitsamt“ sein.

B. Praktische Erfahrungen
mit gemeindenahen Einrichtungen
für psychisch Kranke
und Behinderte

Zur Bedeutung ambulanter Dienste für die Versorgung psychisch Kranker

R Creutz, H. D. Kähler, U. Schmidt

1. Allgemeine Vorbemerkungen über ambulante psychiatrische Dienste

1.1 Definition nach dem Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD und Präzisierung des Themas

Unser bundesrepublikanisches System (der medizinischen Versorgung) ist bekanntlich bisher gekennzeichnet durch eine klare Trennung von ambulanter Tätigkeit niedergelassener Kassenärzte einerseits und stationärer Versorgung durch festangestellte Krankenhausärzte andererseits. Das dazwischenliegende Feld und die dort etwa klaffenden Versorgungslücken sind jedoch in den letzten Jahren zunehmend in den Blickpunkt der gesundheitspolitisch interessierten Öffentlichkeit getreten. So hat der 1973 erschienene offizielle Zwischenbericht der - vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit eingesetzten — Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung einer Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland in dem Hauptteil seiner Empfehlungen die sogenannten ambulanten Dienste ausdrücklich aufgenommen. Diese grundsätzliche Forderung wird in dem Schlußbericht der Enquete wesentlich bekräftigt. Die Aufstellung ambulanter Dienste die zusammen mit halbstationären und komplementären Diensten die Lücken der psychiatrischen Versorgungskette zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten schließen sollen, umfaßt nach dem oben erwähnten Zwischenbericht folgende Einrichtungen:

- niedergelassene Ärzte (Ärzte für Allgemeinmedizin, Ärzte für Psychiatrie, Psychotherapie und andere Fachdisziplinen),
- Psychologen, Psychagogen und vergleichbare Berufe,
- ambulante ärztliche Einrichtungen,
- Beratungsstellen,
- offene Sozialdienste,
- Gesundheitsämter.

Alle diese Einrichtungen fallen somit in den Bereich der ambulanten Dienste für psychisch Kranke. Da jedoch die Beratungsstelle, der Sozialdienst und das Gesundheitsamt bereits an anderer Stelle des

vorliegenden Bandes gewürdigt werden, können diese hier ausgeklammert werden. Auch kann an dieser Stelle nicht auf die schwierige Problematik einer vollen Eingliederung der oben aufgeführten nichtärztlichen Berufe, insbesondere der Psychologen, in die ambulante psychiatrische Versorgung eingegangen werden; ein entsprechendes Gesetz befindet sich seit geraumer Zeit beim Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit in Vorbereitung. Somit kann das Thema für den jetzigen Zweck eingeeengt werden auf die beiden grundsätzlichen Alternativen ambulanter psychiatrischer Versorgung: die freie nervenärztliche Praxis einerseits und die einer psychiatrischen Klinik angegliederte Ambulanz andererseits, deren Beziehung zueinander den Kernpunkt der Problematik ambulanter psychiatrischer Versorgung heute ausmacht. Dabei ist die Unentbehrlichkeit des niedergelassenen Nervenarztes der zur Zeit und auch in Zukunft die Hauptlast der ambulanten psychiatrischen Versorgung tragen wird, unter allen Beteiligten unstrittig, während sich die Bedeutung einer psychiatrischen Ambulanz in der Bundesrepublik noch in der Diskussion befindet.

1.2 Stellung einer Ambulanz im Gesamtsystem psychiatrischer Versorgung

In dem Schema der Abb. 1 ist die Organisation des psychiatrischen Gesundheitswesens unter besonderer Berücksichtigung der ambulanten Dienste zusammenfassend dargestellt und hierbei der für eine anzustrebende Vollversorgung wichtige Gesichtspunkt der Mobilität zusätzlich eingeführt.

Da der Nervenarzt im Gegensatz zu dem Hausarzt im allgemeinen heute kaum mehr Hausbesuche durchführen kann, ist er als überwiegend immobil eingeordnet. Daneben wird die wieder zunehmende Bedeutung des mobilen Allgemeinpraktikers sichtbar. Wenn es auch zutrifft, daß wir in der Bundesrepublik dringend mehr und umfassender auch in den Grenzgebieten der Psychiatrie ausgebildete Nervenärzte benötigen, so brauchen wir doch noch notwendiger Allgemeinärzte, die an den psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Aspekten jedes ihrer Patienten genauso interessiert, d. h. darin ausgebildet sind wie an den körperlichen Krankheiten. Es hilft nicht weiter, wenn einerseits seit Jahren auf den Ausbildungsnotstand aller Ärzte auf diesem Gebiet hingewiesen wird, und wenn es andererseits bei uns immer noch Universitäten gibt, in denen schon die Psychiatrie, vielmehr aber noch Psychosomatik und Psychotherapie als ein gerade geduldeter verzierender Schnörkel, an dem unerschütterlichen Denkmal einer ausschließlich naturwissenschaftlichen Organmedizin betrachtet wird.

| Einrichtungen psychiatrischer Versorgung | |
|---|---|
| <p>I. intramural</p> <p>1. teilstationär: 2. vollstationär:</p> <p>II. extramural a) ambulant</p> | <p>Tagesklinik, Nachtklinik Psychiatrisches Krankenhaus, Psychiatrische Abteilung des Allgemeinkrankenhauses</p> |
| <p>1. ortsfest u. selbständig:</p> | <p>Nervenarztpraxis (Jugendpsychiaterpraxis, Psychotherapeutenpraxis, Psychagogenpraxis)</p> |
| <p>2. ortsfest u. angegliedert:</p> | <p>Psychiatrische Ambulanz (Psychiatrische Universitäts-Poliklinik, offene Beratungsstelle)</p> |
| <p>3. beweglich u. selbständig:</p> | <p>Allgemeinarztpraxis</p> |
| <p>4. beweglich u. angegliedert:</p> | <p>Mobiler psychiatrischer Sozialdienst (Außenfürsorge des Landeskrankenhauses, psychiatrischer Dienst des Gesundheitsamts)</p> |
| <p>b) komplementär</p> | <p>Wohnheime, Werkstätten u. a.</p> <p style="text-align: right;">Abb. 1</p> |

Die beiden anderen aufgeführten Möglichkeiten ambulanter psychiatrischer Versorgung, also die psychiatrische Ambulanz und der mobile psychiatrische Sozialdienst, finden ihren Platz neben den stationären und teilstationären Einrichtungen in einem psychiatrischen Behandlungszentrum neuer Art, wie es in der Enquete beschrieben und in Köln-Merheim als Rheinische Landeslinik modellhaft errichtet worden ist. Bei Vergegenwärtigung des obigen Schemas ist unschwer erkennbar, daß die dort aufgezeigten vier grundsätzlichen ambulanten Versorgungsmöglichkeiten sich keineswegs gegenseitig ausschließen oder einander überflüssig machen, sondern sich im Sinne einer lückenloseren Bedarfsabdeckung als bisher zum Nutzen der Patienten ergänzen können. Beispielsweise bedingt ein ortsständiges, diagnostisches und therapeutisches Regelangebot immer auch das Bereithalten eines mobilen gesonderten Angebots zur Versorgung von Einzelfällen im Notfall vor Ort. Und ebenso können die beiden ortsständigen Einrichtungen, nämlich die freie nervenärztliche Praxis und die psychiatrische Ambulanz, reibungslos und sinnvoll nebeneinander funktionieren, wenn sie sich als ergänzende Einrichtungen, nicht als Konkurrenten, verstehen und ihre unterschiedlichen Aufgabenbereiche nicht aus dem Auge verlieren. Dies wird im einzelnen noch anhand von Organisation, Funktion und Krankengut einer solchen Ambulanz am Beispiel des Kölner Modells erläutert werden.

Vorweg jedoch einige Beispiele aus der Praxis zur Konkretisierung: Die freie Arztwahl und ein kontinuierliches persönliches Arzt-Patienten-Verhältnis sind einige der wichtigsten Vorzüge unseres derzeitigen medizinischen Versorgungssystems im ambulanten Bereich. Sie erweisen sich jedoch als unzureichend,

- wenn es beispielsweise gerade Mittwochnachmittag und damit gar kein Nervenarzt dienstbereit ist,
- wenn eine akute psychiatrische Notlage entstanden ist, der Nervenarzt aber wegen des großen Andrangs in seiner Praxis erst einen Termin eine Woche später geben kann,
- wenn der Nervenarzt sich zur Behandlung einer meist seelisch bedingten Störung entweder von seinen zeitlichen Möglichkeiten her oder von seinen ausbildungsbedingten Fähigkeiten her als inkompetent erklärt, damit aber keineswegs automatisch eine Indikation zur stationären Behandlung gegeben ist,
- wenn die Entscheidung darüber, was bei einem die Praxis neu aufsuchenden Patienten vorliegt und zweckmäßigerweise zu veranlassen ist, wegen der akuten Symptomatik zwar keinen Aufschub

duldet, aber möglicherweise eine zweistündige mühevoll Beschäftigung mit dem Patienten mit Herbeiholen und Befragen von Angehörigen oder zeitraubenden Telefonaten zur Arbeitsstelle voraussetzt,

- wenn die Polizei jemanden in gefährdetem Zustand auf der Straße aufgegriffen hat, der nun in der Praxis sehr unruhig ist, bei dem aber dennoch sehr sorgfältig die Voraussetzungen einer gesetzlichen Unterbringung gegen den Willen des Patienten erst einmal ermittelt werden und dann die manchmal langwierigen erforderlichen Formalitäten zur Herbeiführung einer Unterbringungsanordnung eingeleitet werden müssen,
- wenn ein Patient nach der Entlassung aus stationärer Behandlung sich weigert, irgendeine andere psychiatrische Einrichtung zur notwendigen Nachsorge in Anspruch zu nehmen als diejenige, gegen die er sein Mißtrauen während der Behandlung wenigstens teilweise abbauen konnte,
- wenn der Behandlungserfolg nach der Entlassung davon abhängt, in welchem Maße es gelingt, den Patienten in seine sozialen Bezüge wieder fest einzugliedern und dies sieht selten einen hohen Zeit und Arbeitsaufwand bei Wohnungsvormittlung, Arbeitsplatzsuche und dergleichen verursacht, wofür der niedergelassene Kollege weder ausgebildet ist, noch in der Regel von den RVO-Kassen eine Vergütung erhält,
- wenn schließlich ein Krankenhaus ein dringendes psychiatrisches Konsil am Krankenbett anfordert, der Kollege seine Praxis während der Sprechstunde jedoch gar nicht verlassen kann usw.

Diese Beispiele sind natürlich willkürlich gewählt, dabei sei ausdrücklich angemerkt, daß es auch Kollegen unter den niedergelassenen Psychiatern gibt, die selbst diese klaren Überforderungen mangels anderer Hilfsangebote für den Patienten auf sich nehmen und vorbildlich erfüllen. Dies ist aber nicht die Regel und kann es auch gar nicht sein. Wenn trotzdem Mängel in der Versorgung bisher teilweise verdeckt blieben, hat dies u.a. folgenden Grund: Bisher ist es überall in der Bundesrepublik Deutschland üblich, den Patienten in den geschilderten akuten Situationen ungeprüft, im besten Fall mit einem Einweisungsschein versehen, in das nächstgelegene psychiatrische Krankenhaus zu schicken, und dem dortigen diensthabenden Arzt alle weiteren Maßnahmen zu überlassen, insbesondere die Prüfung der Frage, ob eine stationäre Aufnahme unumgänglich notwendig ist. Es fiel daher nicht weiter auf, daß hier wesentliche, noch im Vorfeld

stationärer Versorgung liegende, also eigentlich ambulante Aufgaben von den Aufnahmeärzten der psychiatrischen Krankenhäuser mit übernommen wurden. Es ist aber zu berücksichtigen, daß der diensthabende Krankenhausarzt in erster Linie seine stationären Patienten zu versorgen hat, solche häufig komplizierten Aufnahme-Entscheidungen daher nur nebenher treffen kann und ohne ausreichende Vorinformationen unter Zeitdruck in der Rege denkbar schlechte Bedingungen zu einer sachgerechten Klärung hat, was wiederum die Möglichkeit zu Fehlentscheidungen nach sich zieht. Das heißt, daß in manchen psychiatrischen Institutionen jede Einweisung automatisch zur stationären Aufnahme führte. Die hierdurch entstehenden Fehlplatzierungen sind in Nordrhein-Westfalen insbesondere von der Arbeitsgruppe BERGENER, BEHRENDTS und ZIMMERMANN in einer Studie zur psychogeriatrischen Versorgung analysiert worden, wobei sich als ein wesentlicher Faktor für eine primäre Fehlplatzierung von Alterspatienten in einem psychiatrischen Krankenhaus das Fehlen einer fachärztlichen Voruntersuchung gezeigt hat.¹ Somit wird verständlich, weshalb die Sachverständigen-Kommission, in der auch Kassenärzte mitwirkten, in der Psychiatrie-Enquete das Fehlen von Ambulanzen an psychiatrischen Krankenhäusern als ganz besonderes Problem herausstellte und nachdrücklich die Ansicht vertrat, daß „stationäre psychiatrische Einrichtungen grundsätzlich die Möglichkeit ambulanter, untersuchender und behandelnder Tätigkeit erhalten müssen“.

In der augenblicklichen gesundheitspolitischen Situation der Bundesrepublik Deutschland ist jedoch anzumerken, daß die vorliegenden Ausführungen über die Bedeutung ambulanter Dienste nur für den Bereich der psychiatrischen Versorgung sprechen können, während es im Bereich der somatischen Medizin auch Alternativ-Vorschläge zu Ambulatorien an Krankenhäusern gibt, deren Vor- und Nachteile in anderen Ländern studiert werden können. Einigkeit besteht darin, daß der bisherige Zustand einer mehr oder minder großen Kluft zwischen kassenärztlicher Praxistätigkeit und krankenhausesärztlicher Versorgung verbesserungsbedürftig ist, über das procedere gibt es aber nach wie vor die unterschiedlichsten, teilweise einander extrem entgegengesetzten Vorstellungen. Eine Evaluation bereits vorhandener Dienstleistungen im In- und Ausland wäre hier sicher angemessener als eine emotionsgeladene Diskussion ohne exaktes Grundlagenmaterial, wobei zu überlegen wäre, ob das in der Reichsversicherungsordnung verankerte Kassenarztrecht eine Weiterentwicklung in dieser Frage gestatten würde,

BERGENER, M., K. BEHRENDTS und F. ZIMMERMANN: Psychogeriatrische Versorgung in Nordrhein-Westfalen. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 1975.

2. Die Ambulanz der Rheinischen Landeslinik Köln

2.1 Entstehungsgeschichte

Die Entwicklung des Planes, einer für die Stadt Köln vorgesehenen Klinik des Landschaftsverbandes Rheinland eine Ambulanz vorzuschalten, muß im Zusammenhang mit der Entstehung des gesamten Hauses gesehen werden, das zunächst nur eine Art vorgeschobener Aufnahmeklinik werden sollte, während die längerfristige psychiatrische Versorgung wie bisher außerhalb Kölns, nämlich bei den Landeskrankenhäusern von Langenfeld, Bonn und Düren, später auch Pulheim-Brauweiler liegen sollte. Statt dessen entstand dann in der Gesundheitsabteilung des Landschaftsverbandes Rheinland der Plan, ein erstes psychiatrisches Behandlungszentrum einschließlich einer Ambulanz zu realisieren. Eine derartige selbständige psychiatrische Einrichtung zur umfassenden gemeindenahen Versorgung eines geographisch definierten Bezirks wurde unter anderem schon im Zielplan der Landesregierung Nordrhein-Westfalen und im Rahmenplan des Landschaftsverbandes Rheinland von 1972 konzipiert und ist auch in der Psychiatrie-Enquete beschrieben.

2.2 Rechtslage

Daß diese Ambulanz an einem psychiatrischen Krankenhaus, abgesehen von den seit jeher bestehenden und aus ganz anderen Beweggründen geschaffenen Universitäts-Polikliniken, nicht nur die erste ihrer Art in der Bundesrepublik war, sondern unseres Wissens bisher auch die einzige geblieben ist, hängt mit ihrer trotz jahrelanger Verhandlung noch immer fehlenden rechtlichen Grundlage zusammen. Da bisher weder die Ambulanz als Institution noch die in ihr arbeitenden Ärzte als Einzelne eine Zulassung im Sinne einer Beteiligung oder Ermächtigung zur kassenärztlichen Tätigkeit erhalten haben, können die dort erbrachten ambulanten Leistungen nicht - wie üblich — über die gesetzlichen Krankenkassen und Ersatzkassen abgerechnet werden, sondern werden in einer einseitigen Vorleistung in vollem Umfang vom Landschaftsverband Rheinland, d. h. von der öffentlichen Hand, getragen. Daß dies auf die Dauer einen unhaltbaren Zustand darstellt, bedarf keiner näheren Begründung; jedoch kann hier nicht auf die vielfältigen Schwierigkeiten eingegangen werden, die einer Lösung im Wege stehen.

2.3 Aufbau

Die Ambulanz der Rheinischen Landeslinik Köln umfaßt derzeit außer ihrem ärztlichen Leiter 3 weitere Ärzte, eine Psychologin, 2 Sozialarbeiter, 2 Krankenschwestern, 1 Arzthelferin und 1 Schreibkraft. Gemessen an den ihr zugedachten Aufgaben und vor allem am

tatsächlich vorhandenen Arbeitsanfall besteht dabei stellenmäßig ein sehr hinderlicher Fehlbestand von mindestens einem weiteren Arzt und einem weiteren Psychologen. Dringend notwendig wären die Angliederung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, da ein solcher in ganz Köln nicht praktiziert, wie auch die verstärkte Förderung qualifizierter und psychotherapeutischer Zusatzausbildungen bei den in der Ambulanz tätigen Ärzten und Psychologen, da auf diesem Gebiet von außen ganz offensichtlich die größten Erwartungen an die neu geschaffene Ambulanz gerichtet werden. Die Organisationsform hat im übrigen Ähnlichkeit mit einer großen fachärztlichen Gemeinschaftspraxis, in welcher der Verwaltungsapparat und der psychologisch-diagnostische Apparat der Klinik den Ambulanzärzten zur Verfügung steht, diese aber sonst, soweit dem Ausbildungsstand nach möglich, weitgehend selbständig arbeiten. Jeweils zwei Ärzten ist dabei ein Sozialarbeiter fest zugeordnet mit dem Zweck, das soziale Umfeld, in dem ein psychisch kranker Mensch steht, in die präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen mit einzubeziehen. Das können Probleme der Familie, des Arbeitsplatzes, der Wohnung, des Lebensunterhalts, der Wiedereingliederung usw. sein. Während die übrigen Mitarbeiter in der Vor- und Nachsorge für ambulante Patienten nach einem festen Patienten-Einbestellungssystem tätig sind, ist ein Arzt im täglichen Wechsel ausschließlich mit der Sichtung, Klärung und Verteilung der zur stationären oder ambulanten Behandlung eingewiesenen oder als Notfälle gebrachten Patienten beschäftigt; diese sogenannte „screening“-Funktion wird noch erläutert. Die Diplom-Psychologin ist neben psychodiagnostischen Aufgaben schwerpunktmäßig mit der Durchführung von psychotherapeutischen Kurz- und Gruppentherapien betraut. Für die Koordination des Gesamtteams sorgt der ärztliche Leiter vor allem durch eine viermal wöchentlich einstündig stattfindende Teambesprechung, in der problematische Fälle interdisziplinär beraten werden können. Die Ambulanz ist zur Zeit montags bis freitags durchgehend von 8.00 Uhr bis 18.00 Uhr geöffnet. Nachts und an Wochenenden nehmen die beiden jeweils diensttuenden Ärzte der Klinik in Notfällen ebenfalls ambulante Versorgungsaufgaben wahr, wobei ihnen die Patientenkartei zur Verfügung steht. Angenommen wird jeder überwiesene oder eingewiesene Patient, sofern er in dem der Klinik übertragenen Versorgungsgebiet, nämlich sämtlichen rechtsrheinischen Kölner Stadtteilen mit insgesamt fast 400000 Einwohnern, seinen Wohnsitz hat. In dringlichen Notfällen wird auch anderen Patienten erste nervenärztliche Hilfe geleistet. Es wird jedoch darauf geachtet, daß neue Patienten, die ohne gezielte Überweisung kommen, baldmöglichst einen der im gleichen Sektor niedergelassenen acht Fachkollegen in Anspruch nehmen.

2.4 Aufgaben

Der Ambulanz kommen im Rahmen des Konzepts des gesamten Behandlungszentrums sechs Aufgaben Bereiche zu, die folgendermaßen umrissen werden können:

- Die Klärungsfunktion

Die Ambulanz ist tagsüber für jeden Patienten die erste Anlaufstelle ohne Rücksicht darauf, ob er zur ambulanten Diagnostik und Mitbehandlung, zur stationären Aufnahme oder aus Eigeninitiative kommt. Hierbei findet das oben erwähnte „screening“ statt, d.h. eine Sichtung, Vorklärung, Verteilung, ggf. auch Anbehandlung oder Weiterleitung. Bei noch nicht angemeldeten Patienten ermittelt die Ambulanzschwester zunächst die Zuständigkeit der Klinik und die Dringlichkeit des Falles in einem orientierenden persönlichen oder telefonischen Kontaktgespräch. Notfälle werden durch den diensttuenden Ambulanzarzt sofort untersucht. Personen, die in andere medizinische oder auch nichtmedizinische Einrichtungen gehören, wird der Weg dorthin gewiesen. Jeder neue Patient wird dann einem Arzt zugeteilt, wobei im Rahmen des Möglichen auf Sonderwünsche, z. B. Geschlecht des Therapeuten oder sprachliche Besonderheiten, Rücksicht genommen wird. Als Routinemaßnahmen finden zunächst ein semistrukturiertes psychiatrisches Interview und eine orientierende intern-neurologische Untersuchung statt. Danach fallen die ersten Entscheidungen über das weitere Vorgehen, z. B. über die Ausdehnung der Diagnostik durch Beteiligung des Sozialarbeiters und/oder des Psychologen oder über die Art der Therapie. Letztere kann bestehen entweder in Überleitung zu einer ambulanten Therapie bei einem niedergelassenen Nerven- bzw. Hausarzt oder einer anderen therapeutischen Institution unter Übersendung eines entsprechenden Befundberichts., in der Einleitung der Therapie in der Ambulanz oder in der Weiterleitung zur stationären Aufnahme unter Erstellung eines Aufnahmeberichts, dies wiederum entweder in eine der verschiedenen teil- oder vollstationären offenen oder geschlossenen Abteilungen der Klinik oder in ein anderes psychiatrisches Krankenhaus bei bestimmten Krankheitsbildern, die in Köln-Merheim nicht aufgenommen werden können. Letztere sind vor allem Kinder und Jugendliche, geistig Behinderte und geisteskranken Rechtsbrecher und vorläufig, bis zur Fertigstellung einer zweiten Ausbaustufe der Klinik, auch Suchtkranke und psychisch Alterskranke. Ziel dieses Vorgehens ist vor allem die Verhinderung von Fehlplatzierungen, die für Patienten, Therapeuten und Institutionen gleichermaßen hinderlich und später häufig nur schwer korrigierbar sind.

- Die vorsorgende Behandlung

Die zur vorsorgenden Behandlung überwiesenen Patienten werden in der Ambulanz zeitlich begrenzt behandelt mit dem Ziel, entweder die psychische Gesundheit wieder herzustellen oder eine weitere Verschlimmerung und eine stationäre Aufnahme zu verhindern. Zur Verfügung stehen hierfür pharmako-, sozio- und psychotherapeutische Verfahren. Die Kapazität der Ambulanz in diesem Bereich ist aus personellen Gründen sehr beschränkt; sie versteht sich nur als Ergänzung des therapeutischen Angebots der niedergelassenen Fachkollegen, die quantitativ selbstverständlich nach wie vor den Hauptbeitrag zur ambulanten Versorgung psychiatrischer Patienten in Köln liefern.

- Die nachsorgende Behandlung

Der Ambulanz obliegt die Nachbehandlung der aus stationärer Therapie entlassenen Patienten, jedoch nur dann, wenn aus irgendeinem Grunde eine ausreichende ambulante Nachsorge durch den niedergelassenen Nerven- b.z.w. Hausarzt nicht gewährleistet ist, oder wenn das Krankheitsbild bzw. das Behandlungsverfahren im Ausnahmefall eine enge Bindung des Patienten an die Klinik noch erforderlich machen. Bei Patienten, die zur Vermeidung von Rückfällen einer strikt durchgeführten Langzeitmedikation bedürfen, wird das regelmäßige Erscheinen durch eine Terminkontrolle überwacht, nötigenfalls durch Erinnerungsanrufe sowie Erinnerungsbriefe und schließlich, wenn wegen krankheitsbedingter verminderter Einsichtsfähigkeit des Patienten auch das nicht zum Erfolg führt, durch einen Hausbesuch des mobilen Psychiatrischen Sozialdienstes der Klinik. Der sozialtherapeutische Apparat kann gerade im rehabilitativen Aufgabenbereich besonders nutzbringend eingesetzt werden wegen der dort auftretenden Vielzahl von nichtmedizinischen Problemen, für die der niedergelassene Kollege häufig weder Zeit hat noch gerüstet ist.

- Die Krisenintervention

Als ambulante psychiatrische Krisenintervention werden ein- oder mehrmalige Beratungen ohne terminliche Verzögerungen und ohne bürokratische Schwierigkeiten verstanden, die in Fällen akuter Zuspitzung seelischer Belastungssituationen für den Patienten sofort zur Verfügung stehen müssen. Damit sollen die Auslösung einer psychischen Reaktion von Krankheitswert oder die Ausweitung eines psychischen Leidens oder andere persönlich katastrophale Konsequenzen bis hin zur abrupten stationären Einweisung oder gar zum Selbstmordversuch verhütet werden. Dies stellt gleichsam

die erste Hilfe auf nervenärztlichem Gebiet dar und müßte eigentlich rund um die Uhr zur Verfügung stehen, was jedoch an personellen Engpässen bislang scheitert.

- Die konsiliarische Tätigkeit

Die Ambulanz organisiert einen ortsständigen und einen mobilen psychiatrischen Konsiliardienst, der stationären Patienten anderer Krankenhäuser zur Verfügung steht, beim derzeitigen personellen Ausbaustand zunächst zwei großen kommunalen Allgemein-Krankenhäusern innerhalb des Versorgungsgebiets. Die Mehrzahl dieser Patienten, die einer psychiatrischen Untersuchung bedürfen, werden in die Ambulanz gebracht und dort untersucht; notwendige Konsiliarbesuche in anderen Krankenhäusern werden von Ärzten des mobilen Psychiatrischen Sozialdienstes durchgeführt.

- Weiterbildung und Forschung

Im Rahmen der an der Klinik angebotenen Weiterbildung zum Facharzt für Nervenheilkunde soll die Ambulanz als letzte routinemäßig zu durchlaufende Weiterbildungsstätte eingesetzt werden, damit die vor der Facharztanerkennung stehenden, bis dahin ausschließlich im stationären Bereich eingesetzten Kollegen die medizinischen und organisatorischen Besonderheiten eines praxisnahen Ambulanzbetriebes kennenlernen können und damit die Gelegenheit erhalten, sich auf Grund eigener Erfahrungen für die spätere Berufsausübung in Klinik oder eigener Praxis zu entscheiden. Fällt die Entscheidung zugunsten der Niederlassung, so wird der Nervenarzt, der vorher keine Gelegenheit zur Tätigkeit im ambulanten Bereich hatte, in seiner Praxis überwiegend andere Krankheitsbilder finden, als er in den Jahren der klinischen Tätigkeit zu behandeln gelernt hat,

Forschungsansätze ergeben sich sowohl durch die in einer Ambulanz im Gegensatz zur Klinik schwerpunktmäßig vertretenen Krankheitsbilder, als auch durch die Möglichkeit zu epidemiologischen Fragestellungen, also Untersuchungen über Häufigkeit und Verteilung psychiatrischer Krankheiten sowie: ihre Zusammenhänge mit der Umwelt innerhalb eines überschaubaren Versorgungsgebiets. Dieses Gebiet ist weitgehend Neuland, da bisher mit wenigen Ausnahmen nur statistisches Material von stationären Patienten in der Bundesrepublik Deutschland zur Verfügung steht,

2.5 Einige Daten aus der Ambulanzarbeit

Einige zahlenmäßige Ergebnisse sollen die bisherigen Ausführungen verdeutlichen. Es wurde zu diesem Zweck; begonnen, die Arbeit und

das Krankengut der Ambulanz, die im Oktober 1974 ihre Tätigkeit aufnahm, statistisch auszuwerten. In eine erste Untersuchung gingen sämtliche Patienten ein, die vom 1.1.1975 bis zum 30.6.75 in der Ambulanz untersucht und behandelt wurden. Nicht berücksichtigt wurden dabei die zahlreichen Kurzkontakte, die zur Vorklärung der Zuständigkeit und Beratungsnotwendigkeit dienten, ferner die konsiliar-ärztliche Tätigkeit außerhalb des Hauses und schließlich die Patienten, die nach Dienstschluß der Ambulanz, also nachts und an Wochenenden während der Bereitschaftsdienstzeit kamen.

Danach umfaßt das gesamte ambulante Krankengut während dieser 6 Monate 513 Patienten. Diese relativ geringe Zahl von Patienten, die ein niedergelassener Nervenarzt durchweg allein in einem einzigen Abrechnungsquartal behandelt, zeigt von vornherein, daß die hiesige Ambulanz als Konkurrenz quantitativ gar nicht in Betracht kommt. Dies ist im wesentlichen durch die zuvor dargestellte Arbeitsweise bedingt, bei der eben wesentlich weniger Patienten pro Tag behandelt werden können als in einer Praxis, daneben allerdings auch dadurch, daß die Institution sich im ersten Halbjahr noch in einer Aufbauphase befand und personell nicht vollständig besetzt war.

Die Gesamtzahl von 513 ambulanten Patienten, in der entsprechend der „screening“-Funktion auch diejenigen enthalten sind, die eigentlich nur zur stationären Aufnahme eingewiesen wurden, gliedert sich folgendermaßen auf: 9 Patienten waren unter 18 Jahre alt, also Jugendliche im Sinne des Gesetzes. Von den verbleibenden 504 waren 317 (= 63%) Frauen und 187 (= 37%) Männer. Das Durchschnittsalter betrug ca. 42 Jahre.

Abb. 2 gibt an, auf welche Weise die Patienten hierher kamen.

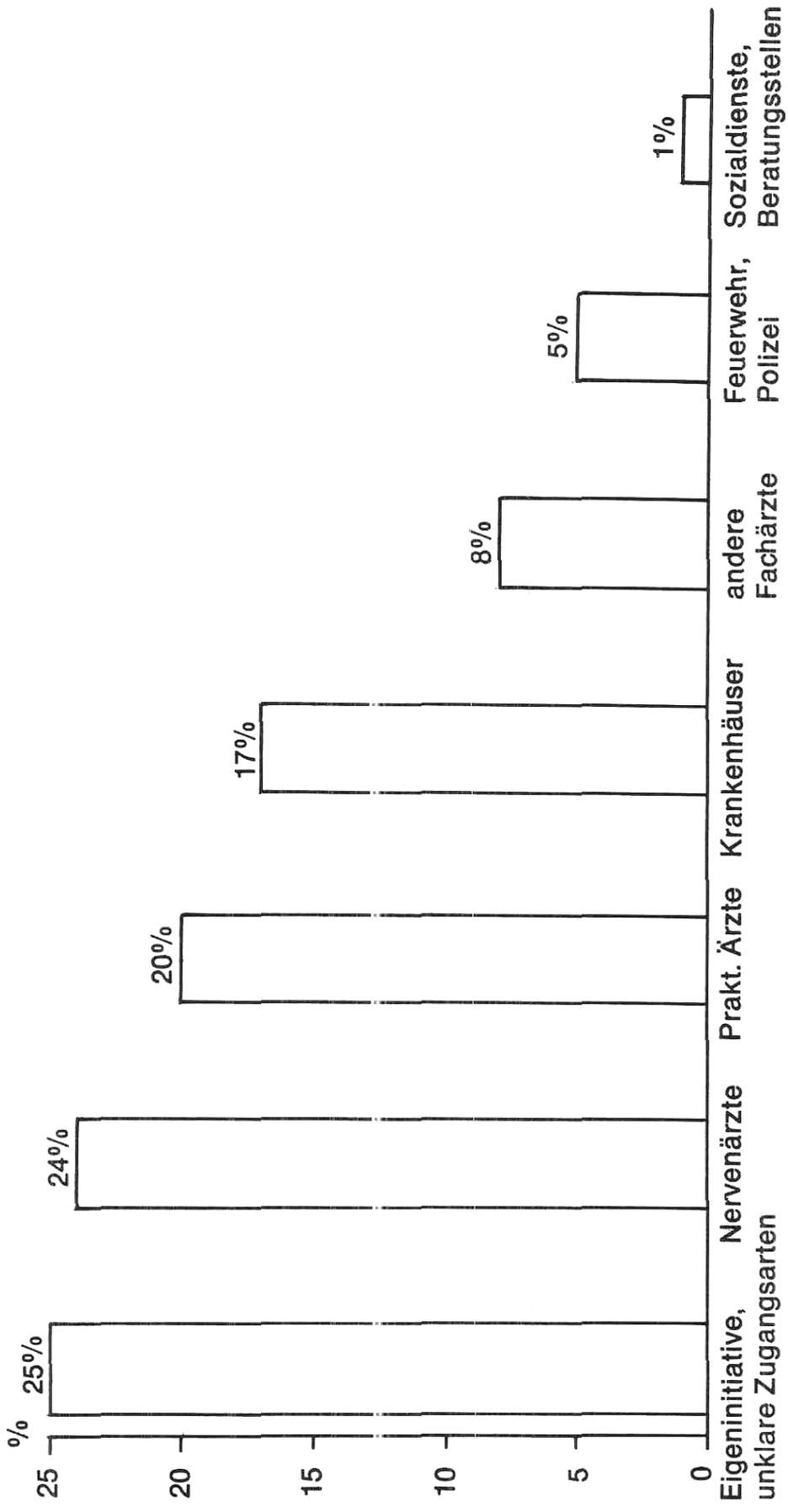
Bei 25% der Patienten war es entweder Eigeninitiative, die die Patienten herführte, oder die zuweisende Instanz blieb so im Hintergrund, daß sie sich nachträglich nicht mehr feststellen ließ. 24% der Patienten wurden von Nervenärzten zugewiesen und 20% von praktischen Ärzten. 17% kamen von anderen Krankenhäusern, teils direkt ambulant weitergeleitet, teils als konsularische Fälle. 8% kamen von Ärzten anderer Fachrichtungen. 5% wurden von Polizei oder Feuerwehr gebracht, ohne daß ein Arzt eingeschaltet worden war und 1% schließlich wurde direkt von Beratungsstellen und Sozialdiensten in der Stadt geschickt. Man kann hieraus ersehen, daß die große Mehrzahl, nämlich 69% der Patienten, über ärztliche Instanzen ausdrücklich zugewiesen wurden.

Zur Analyse der Absichten, die hinter den Zuweisungen standen, kann als Anhaltspunkt das Merkmal herangezogen werden, ob der Patient mit einem Einweisungsschein zur stationären Aufnahme oder mit

Aufschlüsselung der Ambulanzpatienten nach Zugangsarten

Patienten: N = 513

Zeitraum: 1. 1. 75 – 30. 6. 75



Aufschlüsselung der Ambulanzpatienten nach Zuweisungsaufträgen

Patienten: N = 513

Zeitraum: 1. 1. 75 – 30. 6. 75

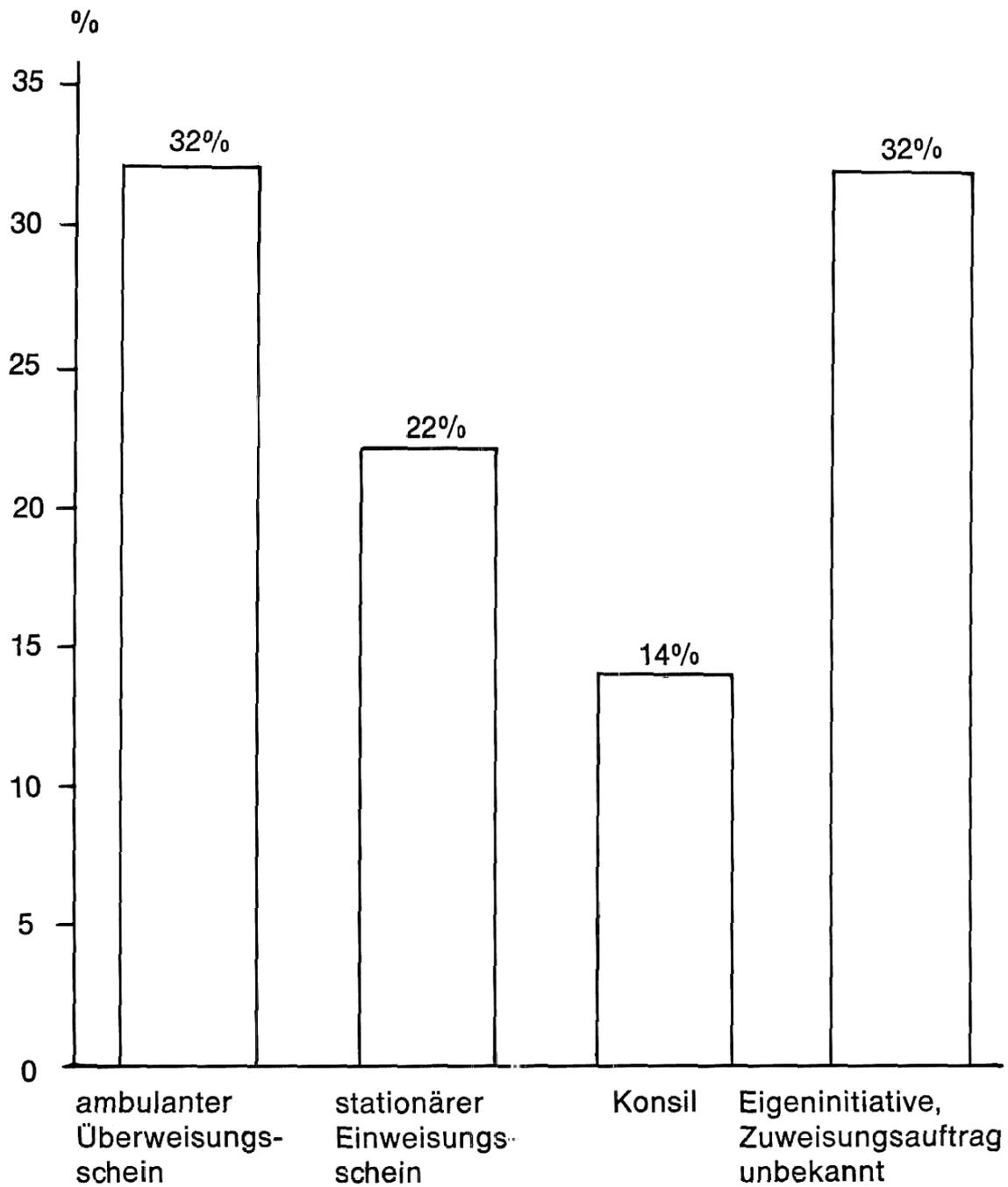


Abb. 3

einem Überweisungsschein zur ambulanten Untersuchung und Behandlung geschickt wurde. Selbstverständlich kann hierbei nur die Zahl derer berücksichtigt werden, die überhaupt mit einem solchen ärztlichen Zuweisungsschein in die Ambulanz kamen: Das waren 276 Fälle, also nur 54% der Gesamtzahl (vergleiche Abb. 3).

Von den insgesamt 513 Patientenkarten 113 (= 22%) mit einem Einweisungsschein zur stationären Aufnahme und 163 (= 32%) mit einem Überweisungsschein zur ambulanten Untersuchung und Behandlung. Zusätzlich kamen 72 (= 14%) mit einer Zuweisung zum Konsil. In den verbleibenden 165 Fällen (= 32%) war entweder die Zuweisungsabsicht mangels Informationen unklar, oder die Patienten waren aus eigener Initiative gekommen.

Der vom niedergelassenen Arzt vorgeschlagene Verbleib des Patienten verhält sich zu dem von der Ambulanz veranlagten tatsächlichen Verbleib nun in folgender Weise (vergleiche Abb. 4).

Bei den zur stationären Aufnahme geschickten Patienten wurden nur 60% stationär aufgenommen, während bei 40% der zur stationären Aufnahme vorgesehenen Patienten unter Einsatz ambulanter Behandlungsmöglichkeiten eine stationäre Aufnahme vermieden werden konnte. Bei den Patienten hingegen, die ausschließlich zu ambulanten

Aufschlüsselung der Ambulanzpatienten nach vorgeschlagenem

und tatsächlichem Verbleib

Patienten: N = 276 Zeitraum:

1.1. 75 - 30. 6. 75

| | Stationärer Einweisungsschein | Ambulanter Überweisungsschein |
|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Stationäre Aufnahme | 60% | 17% |
| Ambulante Behandlung | 40% | 83% |

Abb. 4

**Aufschlüsselung der Ambulanzpatienten mit stationärem
Einweisungs- oder ambulantem Überweisungsschein
nach einweisendem Arzt**

(Zeitraum: 1. 1. 75 – 30. 6. 75)

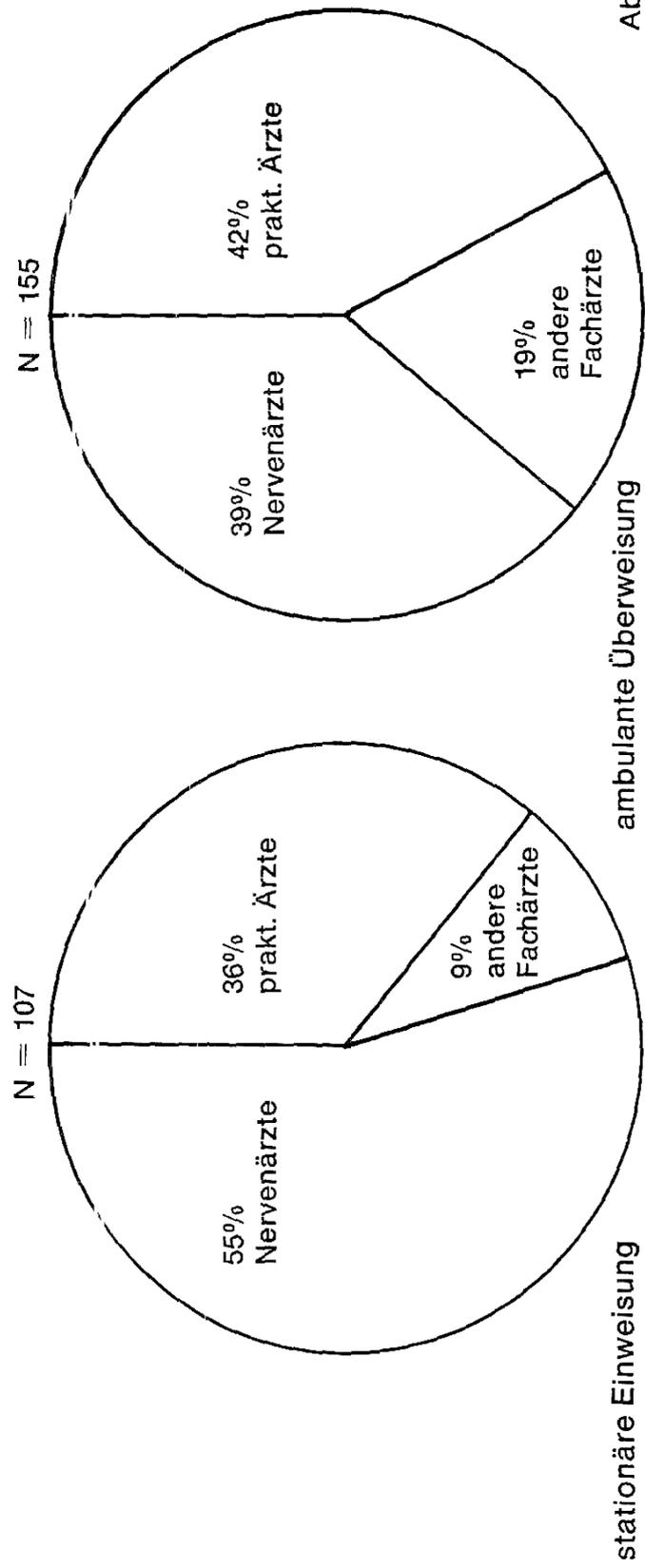


Abb. 5

Maßnahmen geschickt worden waren, mußte in 17% der Fälle eine stationäre Aufnahme veranlaßt werden.

Bei dieser Untersuchung wurden nicht nur die am Erstuntersuchungstag getroffenen Aufnahme-Entscheidungen berücksichtigt, sondern auch die innerhalb der ersten 10 Tage erfolgten Aufnahmen.

Erwähnenswert ist noch, daß an den stationären Einweisungen Nervenärzte zu 55%, praktische Ärzte zu 36% und andere Fachärzte zu 9% beteiligt waren, während bei den ambulanten Überweisungen die praktischen Ärzte mit 42% an erster Stelle standen, gefolgt von den Nervenärzten mit 39% und anderen Fachärzten mit 19% (vergleiche Abb. 5):

Die Tatsache, daß immerhin knapp zwei Fünftel aller Überweisungen zur rein ambulanten Mit- oder Weiterbehandlung von niedergelassenen Nervenfachärzten stammen, weist auf Lücken in der ambulanten psychiatrischen Versorgung hin. Nervenärzte griffen in 50% ihrer Zuweisungen zum stationären Einweisungsschein und in den restlichen 50% zum ambulanten Überweisungsschein, während bei praktischen Ärzten die ambulante Überweisungsmaßnahme mit 64% und bei Ärzten anderer Fachgebiete sogar mit 75% überwog.

Betrachtet man nun diejenigen Patienten die hier ausschließlich ambulant behandelt wurden, so waren dies 265, also 52% der Gesamtzahl (vergleiche Abb. 6). Von diesen ambulanten Patienten erhielten 107 (= 40%) nur eine Konsultation, weitere 81 (= 31%) zwei oder drei Konsultationen, weitere 43 (= 16%; vier bis sechs Konsultationen, und nur der Rest von 34 Fällen (= 13%) wurde für die Dauer von mehr als 6 Konsultationen in ambulanter Behandlung behalten.

Die Grenze bei 6 Konsultationen wurde in Anlehnung an andere Autoren, z. B. Bellak und Small, zur ungefähren Abgrenzung einer zeitlich befristeten Krisenintervention gegenüber einer zeitlich unbeschränkten ambulanten Behandlung gezogen. Dabei ergibt sich, daß bei insgesamt 87% aller hier nur ambulant behandelten Patienten spätestens nach 6 Konsultationen entweder die Beendigung der Therapie oder die Überleitung zum niedergelassenen Arzt möglich war, wenn nicht die Therapie vom Patienten selbst abgebrochen wurde.

Nach einem Kontakt mit der Ambulanz wurden zu irgendeinem Zeitpunkt während des Untersuchungszeitraums und der 4 folgenden Kontroll-Monate (1. 1. 1975 bis 1.11. 1975) insgesamt mindestens, d. h. soweit Informationen darüber vorlagen, 248 Patienten (= 48% der Gesamtzahl) stationär aufgenommen, sei es in der hiesigen Klinik, sei es nach Weiterleitung durch die Ambulanz in eine andere Klinik. Auch hieran läßt sich deutlich erkennen, daß es die psychiatrische Ambulanz mit einem ganz anderen Krankengut zu tun hat als die niedergelassenen Nervenärzte, die nach einer Studie von Dilling zur ambulan-

Aufschlüsselung der Ambulanzpatienten nach Anzahl der

Patienten: N = 265

Zeitraum: 1. 1. 75 – 30. 6. 75

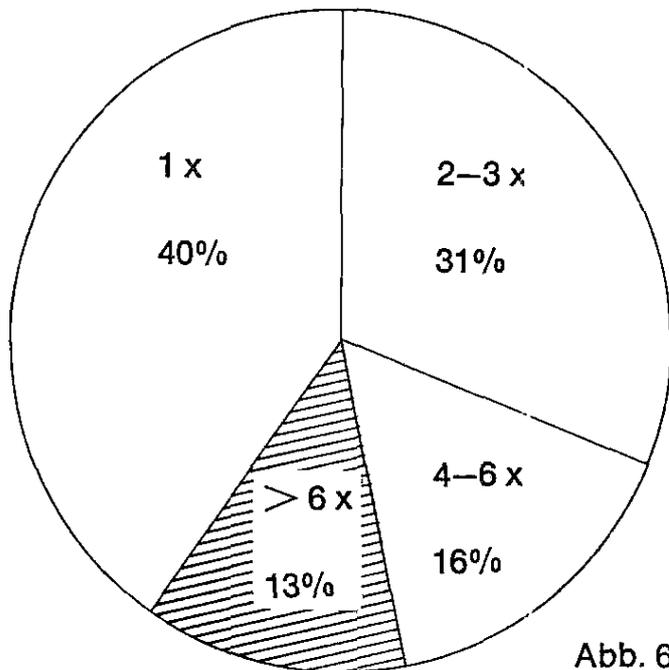


Abb. 6

ten psychiatrischen Versorgung anhand von 8 Nervenarztpraxen in Oberbayern bei nur 6% ihrer psychiatrischen Patienten eine stationäre Aufnahme zu veranlassen brauchten. 84% der bei den eigenen Patienten notwendigen stationären Aufnahmen erfolgten übrigens innerhalb von 10 Tagen nach erster Vorstellung in der Ambulanz.

Die Verteilung der verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbilder unter den gesamten 513 Patienten ergibt folgendes Bild (vergleiche Abb. 7).

Leider wurden nur in 204 Fällen (= 40%) von den zuweisenden Instanzen schriftlich Diagnosen verwertbarer Art angegeben; in den verbleibenden 309 Fällen (= 60%) wurden entweder vieldeutige Begriffe verwandt, oder die Diagnose fehlte ganz. Dem gegenübergestellt sind die eigenen diagnostischen Ergebnisse, wobei sich folgende Diagnosenverteilung ergibt: Am häufigsten ist mit 39,2% erwar-

Aufschlüsselung der Ambulanzpatienten nach Krankheitsgruppen für Zuweisungs- und Ergebnisdiagnose

Patientenzahl: N = 513

Zeitraum: 1. 1. 75 – 30. 6. 75

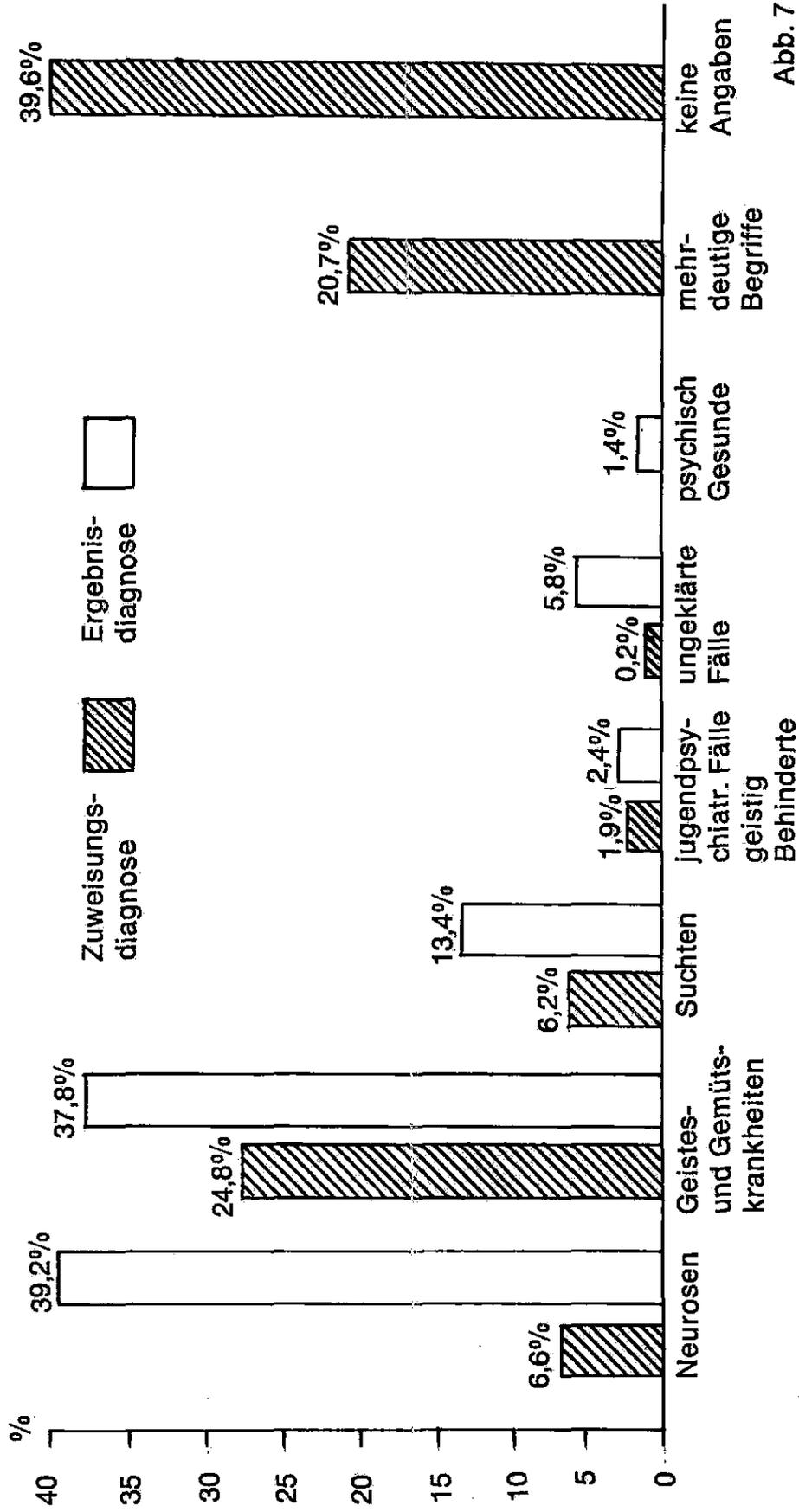


Abb. 7

tungsgemäß die Gruppe der Neurosen vertreten einschließlich der Psychopathien, der abnormen Erlebnisreaktionen und der psychosomatischen Krankheiten. Fast gleich häufig erscheinen jedoch die Geistes- und Gemütskrankheiten mit 37,8%, worin sowohl die endogenen als auch die exogenen Psychosen hier zusammengefaßt sind. Schizophrenien sind darin mit 10,1%, Zylothymien mit 11,9%, sonstige endogene Psychosen mit 2,2%, organische Alters-Psychosen mit 7% und sonstige exogene Psychosen mit 6,6% enthalten. 13,4% waren Suchten, also Alkohol-, Medikamenten- oder Drogen-Abhängigkeitskrankheiten, die jedoch, soweit sie zu einer akuten geistigen Störung führten, in der vorgenannten Gruppe der Psychosen enthalten, also in Wirklichkeit noch zahlreicher sind. Psychische Erkrankungen von Patienten unter 18 Jahren und geistige Behinderungen von Erwachsenen ergeben zusammengefaßt 2,3%. Nicht hinreichend mit ambulanten diagnostischen Mitteln geklärt werden konnten 5,8%. Psychisch Unauffällige verirrten sich in die Ambulanz in 1,4% der Fälle. Die beiden letzten Gruppen der Abbildung beziehen sich nur auf Zuweisungsdiagnosen, wobei in 20,7% die schon erwähnten vieldeutigen, daher nicht verwendbaren Begriffe benutzt wurden und in 39,6% jegliche diagnostische Angabe überhaupt fehlte.

Aus dieser Verteilung von Krankheitsbildern läßt sich entnehmen, daß sie nicht mit derjenigen übereinstimmt, die sich in den Praxen niedergelassener Nervenärzte findet, noch weniger aber mit der, die sich unter einer unausgewählten Bevölkerung normalerweise zeigt, in der vom praktischen Arzt über den niedergelassenen Nervenarzt, dann die psychiatrische Ambulanz oder Poliklinik bis zum psychiatrischen Krankenhaus reichenden Versorgungskette sieht man bekanntlich einerseits einen zunehmenden Anteil an Psychosen im Krankengut in Richtung Klinik und andererseits einen zunehmenden Anteil von Neurosen im Krankengut in Richtung Praxis. Es muß einer späteren Bearbeitung vorbehalten bleiben, die zahlenmäßigen Ergebnisse in Beziehung zu setzen zu Untersuchungen in bundesrepublikanischen Nervenarztpraxen, wie sie von den Arbeitsgruppen um Degkwitz und um Dilling in jüngerer Zeit vorgelegt wurden, und dabei möglicherweise weitere wichtige Unterschiede zwischen den in Praxen und Ambulanzen betreuten Patientengruppen aufzudecken.

Zusammenfassend erscheint eine psychiatrische Ambulanz geeignet, vorhandene Lücken zwischen Nervenambulanz und Nervenarztpraxis zu schließen und damit eine verhängnisvolle Unterbrechung der psychiatrischen Versorgungskette zu vermeiden. In Aufgabenbereich und Klientel unterscheidet sie sich deutlich von diesen beiden bisher vorhandenen Einrichtungen und kann deshalb zusammen mit einem stadtteilbezogenen mobilen sozialpsychiatrischen Dienst eine zweckmäßige Ergänzung bilden.

Die Rolle der niedergelassenen Nervenärzte bei der Versorgung psychisch Kranker

E.-G. Ducho

Die früher häufiger anzutreffende Bewitzelung des „Irrenarztes“ war bezeichnend für die Einschätzung des Nervenarztes, aber auch seiner Patienten. Dazu beigetragen hat sicherlich auch der Mangel an diagnostischen, besonders aber therapeutischen Möglichkeiten. Der in den letzten Jahrzehnten erfolgte Ausbau diagnostischer, insbesondere therapeutischer Ressourcen veränderte dieses Bild.

Damit erst eröffnete sich für Nervenärzte auch ein neues Feld im Bereich der niedergelassenen Ärzteschaft. Ihre Zahl wuchs ständig und beträgt heute im Bundesgebiet über 1200, von denen die meisten als Kassenärzte tätig sind. Die Tätigkeit dieser Ärzte erstreckt sich nicht nur auf psychiatrische Fälle, sondern in erheblichem Anteil auch auf neurologische. Je nach diagnostischer Abklärung sind es ein Viertel bis zur Hälfte. Fachärzte mit nur einer Teilgebietsbezeichnung, Psychiatrie oder Neurologie, spielen in der freien Praxis noch keine Rolle. Solche Kollegen sind fast ausschließlich an klinischen Institutionen tätig. Es sind nicht zuletzt auch ökonomische Gründe, weshalb die Niederlassung nur in dem Fach Neurologie kaum zu erwarten ist, eher für das Fach Psychiatrie mit Akzentuierung der Psychotherapie/Psychosomatik. Mit der Arbeit der Psychiatrie-Enquete rückte die Zusammensetzung nervenärztlichen Klientels in freier Praxis allmählich in den Vordergrund. Bis dahin war darüber zu wenig bekannt. Ich erfüllte deshalb die Forderung nach Erstellung einer Pilot-Study, der weitere Arbeiten von DEGKWITZ¹ und DILLING² folgten, wobei die Erhebungen einen Vergleich mit ausländischen Studien zuließen.

Deutlich wurde dabei, daß im Grunde nur ein kleiner Patientenanteil in den klinischen und ambulanten Überschneidungsbereich gerieten. Es ist besonders der Anteil Patienten, dem früher im wesentlichen nur die Verwahrung blieb und nun dank modernerer psychopharmakologischer Therapie und sozialer Möglichkeiten ein Weg in die Resozialisierung eröffnet wurde. Naturgemäß kamen die Anstöße hier aus dem

¹ DEGKWITZ, R., K. RÖMER, W. RUDOLPH, P. W. SCHULTE: Die Verteilung psychiatrischer und neurologischer Krankheitsformen in Nervenarztpraxen und psychiatrischen Großkrankenhäusern. *Spectrum* 2, 114—115 (1973).

² DILLING, a.a.O.

klinischen Bereich, weil dort die Probleme am drückendsten waren und noch sind. Zwangsläufig mußte damit die Frage auftauchen, was im rein ambulanten Bereich von seiten der niedergelassenen Ärzte zur Versorgung dieser Kranken getan wurde, getan wird und getan werden sollte bzw. nicht vollbracht wird oder nicht vollbracht werden kann. Die bisher fast ausschließlich naturwissenschaftlich orientierte Ausbildung der Ärzte mußte zu einem Defizit in dem Bereich führen, der im soziopathogenetischen liegt. Dies trifft sowohl Institutionen gebundene als auch ambulant tätige Ärzte. Dem zu begegnen, wurde verschiedentlich Rechnung getragen: Die Forderung nach weiterer Zusammenarbeit mit Psychologen und Sozialarbeitern wurde vom Deutschen Ärztetag erhoben und wird auch vom Berufsverband niedergelassener Nervenärzte vertreten. In der Praxis stehen dem aber gesetz- und vertragstechnische Schwierigkeiten ebenso entgegen wie das Fehlen anderweitiger Voraussetzungen für die Anbindung von Psychologen und Sozialarbeitern an die freie Praxis oder eine irgendwie andersartige Zusammenarbeit mit ihnen. Da es sich bei der Kassenärztlichen Vereinigung eben um eine rein ärztliche Körperschaft handelt, und die allgemeine Kostenexpansion im Gesundheitswesen auch die Kassen zurückhält, wird es fraglich, ob im Rahmen der jetzigen Möglichkeiten eine von allen geforderte derartige Kooperation in freier Praxis zustande kommt.

Entsprechend umständlich gestaltet sich z. Z. die Arbeit in der freien Praxis, weil der niedergelassene Arzt mit Sozialarbeitern der verschiedensten Institutionen kommunizieren muß und von diesen eine eigentliche Sozialtherapie gar nicht durchgeführt wird. Ihre Aktivitäten verstehen sich mehr als Sozialhilfe im althergebrachten Sinne. Basis des Behandlungsvertrages mit dem niedergelassenen Arzt ist der Krankenschein. Sei es der Originalkrankenschein oder die Überweisung, die zur Diagnostik, Mitbehandlung oder Weiterbehandlung erfolgt. Jede auf diesem Schein berechnete Leistung ist an die Person des Kassenarztes gebunden und damit einer Überprüfung der Wirtschaftlichkeit zugänglich. Diese Leistungen beschränken sich nicht nur auf die Erstellung der Diagnose und Vornahme einer Medikation. Sie erstrecken sich ebensogut auf die Vornahme therapeutischer Gespräche und Führung des Patienten, wo es notwendig ist, auch unter Einschluß des sozialen Umfeldes, besonders der Familie. Hierauf ist es zurückzuführen, daß die Einweisungsquote der nervenärztlich betreuten Patienten wesentlich geringer ist gegenüber den allgemeinärztlich versorgten. Dies wird wiederum dort besonders deutlich, wo Nervenärzte fehlen. Die Tatsache, daß der Nervenarzt immer noch die gemeindenäheste Institution zur Versorgung psychisch Kranker ist, verliert dort ihre Bedeutung, wo sich kein Nervenarzt findet. Während im Schnitt für die Betreuung von ca. 50 000 Einwohnern ein Nerven-

arzt zur Verfügung steht, finden sich immer noch nervenarztfreie Zonen. Aus ökonomischen Gründen läßt sich kaum ein Nervenarzt in Städten unter 20000 Einwohnern nieder. In einer kürzlich von BOSCH³ durchgeführten Studie wurde belegt, daß auch dort die Versorgung psychisch Kranker durch Allgemein- und andere Ärzte nicht in ausreichendem Maße erfolgt.

Dies gilt besonders für Kranke des schizophrenen Formenkreises. Der Anteil beträgt aber in den Nervenarztpraxen bei durchschnittlich 635 Patienten pro Quarta! nur 5—6%. Gerade aber sie erfordern die Mobilisierung der meisten sozialen Ressourcen zur Wiedereingliederung. Bei ihnen spielt die Schwundproblematik aufgrund fehlender oder mangelnder Krankheitseinsicht eine besondere Rolle, ihre verhältnismäßig geringe Zahl in den Praxen macht deutlich, weshalb die Assoziierung eines Sozialarbeiters an den Nervenarzt im Verhältnis eins zu eins kaum als ökonomisch angesehen werden kann, auch nicht, wenn man weitere Krankheitsgruppen einbezieht, die allerdings wenig beim Nervenarzt auftauchen: Suchtkranke und Oligophrene.

Unter dem Eindruck klinischer Verhältnisse sind die Patienten anfangs nach Entlassung aus der Klinik noch geneigt, ihre Medikamente einzunehmen. Mit zunehmender Besserung entziehen sie sich oft genug weiterer Behandlung und fallen zurück in jene Gruppe, die mit der Bezeichnung „Drehtürpsychiatrie“ verbunden ist. In diesem Zusammenhang darf ich die Bitte aussprechen, die Medikation von Seiten der Klinik bei der Entlassung nicht so umfangreich zu gestalten, weil der Patient ohne die in der Klinik erfahrene Hilfe eine zu große Anzahl von Medikamenten durcheinanderbringt, sie von selbst reduziert. Besonders Depotpräparate haben den Nachteil, daß nach einer geraumen Zeit auch wegen vielfacher Nebenwirkung der Patient sich ihrer Anwendung entzieht. Man soll auch nicht verkennen, daß nach einem Jahr des Verlaufs einer Schizophrenie diese sich immer mehr dem Spontanverlauf trotz neuroleptischer Medikation nähert. Ich möchte hiermit ideologisch untermauerten Gesprächen entgegentreten, wonach man glaubte, durch moderne Sozialpsychiatrie die Zahl dieser Erkrankungen zu vermindern.

Da der niedergelassene Arzt noch ein großes anderes Klientel zu betreuen hat, häufig konsiliarisch tätig ist und auch oft genug als Gutachter tätig werden muß, wird immer wieder ein Großteil der Patienten sich seinem Blickfeld leichter entziehen können. Das, was wir „aktiv nachgehende Betreuung“ nennen, ist die eigentliche Lücke in der Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte und auch andere Ärzte. Auch die Tatsache, daß bei vielen Patienten durch den

3 BOSCH, a.a.O.

Nervenarzt Hausarztfunktionen ausgeübt werden, kann an dieser Einschätzung nichts ändern. Neben den quantitativen Lücken müssen also auch qualitative ausgeräumt werden. Bei letzteren muß man aber fragen, wie weit ihre Ausfüllung durch paramedizinische Hilfen gehen soll. Was „optimale Therapie“ ist, weiß keiner. Gewisse Zielsetzungen müssen die Grenzen aufzeigen, Ideologisches Engagement ersetzt keine methodisch angemessene Betreuung.

Die Verhältniszahlen in allen bisherigen Statistiken — es sind keine Feldstudien — verschleiern zugleich die Tatsache, daß der weitaus größte Anteil aller psychisch Kranken ambulant versorgt wird. Etwa 90% aller von uns versorgten Patienten bedürfen in ihrem Leben niemals stationärer Hilfe. Jeder Nervenarzt kann sogar genügend Fälle chronischer Schizophrenien belegen, die unter jahrelanger, ja jahrzehntelanger ambulanter ärztlicher Betreuung in ihrem Milieu gehalten werden konnten.

Mit Genugtuung ist zu vermerken, daß fast 90% aller in Erscheinung tretenden Anfallskranken durch ambulante Behandlung anfallsfrei gehalten werden. Für einen Teil der Problemfälle versagen oft genug auch Spezialinstitutionen. Bedauerlich ist in diesem Zusammenhang die Feststellung, wonach fast jede dritte Epileptiker eine Behandlung überhaupt gar nicht sucht.

Der Vergleich prozentualer Verteilung des stationären und ambulanten Klientels offenbart deutlich das Übergewicht psychosomatisch gestörter, depressiv verstimmter, konfliktgestörter und neurotischer Patienten in der freien Praxis. Viel 3 von ihnen bedürfen einer Psychotherapie. Trotz aller Bemühungen sind wir auf diesem Gebiet von der Entwicklung überrollt worden. Die historischen Wurzeln in der Auseinandersetzung mit der klassischen Psychiatrie sind bekannt. Unterbrechung der Entwicklung durch 12 Jahre des Dritten Reiches haben wesentlich dazu beigetragen, daß analytische Denkweisen erst spät weitere Verbreitung gefunden haben. Schulstreitigkeiten von früher haben sich fortgesetzt und behindern viele Kollegen in ihrer Entscheidung in der Weiterbildung. Dies wird nicht erleichtert durch die Tatsache, daß weitere, die analytische Psychotherapie in Frage stellende Methoden erwachsen sind. In den bisherigen Weiterbildungsordnungen waren psychotherapeutische Methoden wenig berücksichtigt. Es war dem Einzelnen überlassen, sich einer entsprechenden Weiterbildung zu unterziehen. Im Bereich der analytischen und tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie und Psychosomatik gelang es, eine große Anzahl von Ärzten, nicht nur Nervenärzten, fortzubilden, so daß viele, und nicht nur Nervenärzte, den Zusatztitel „Psychotherapie“ tragen. Die Art des üblichen Praxisablaufs verhindert, sich in größerem Maße klassischen psychotherapeutischen, meist

zeitraubenden Methoden zu widmen, es sei denn, und dies haben viele Kollegen getan, sie haben den Akzent auf die Psychotherapie verlagert. In zunehmendem Maße widmen sich Nervenfachärzte Kurzzeitmethoden, wie sie von der Verhaltens- und Gesprächspsychotherapie entwickelt worden sind. Zweifellos besteht noch ein erhebliches Mißverhältnis zwischen Bedarf und therapeutischem Angebot. Allerdings muß man fordern, daß eine weitaus engere Indikationsstellung bei der Anwendung großer oder anderer Psychotherapie zu erfolgen hat, um einer unangemessenen Ausuferung entgegenwirken zu können. Im Rahmen der großen Psychotherapie wurde diesen Forderungen in dem Arzt-Kassenvertrag Rechnung getragen. Über ein Gutachterverfahren kann bei Darstellung eines aktuellen neurotischen Konfliktes dieser Patient einer analytischen oder tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie zugeführt werden. Hier ergeben sich zweifellos erhebliche Wartelisten. Man muß aber erkennen, daß vielfach der Versuch unternommen wird, aus hier nicht darstellbaren Gründen, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, eine daß sie wirklich indiziert ist. Der unseriösen Ausbeutung echter Behandlungsbedürfnisse muß ebenfalls entgegengewirkt werden wie einer bedingungslosen Anspruchshaltung. Bei Aufzeigen dieser Problematik landet man direkt bei der Frage des Krankheitsbegriffes, der auch von modernen Sozialpsychiatern oft genug in Frage gestellt worden ist, der aber unabdingbar ist für eine Gesellschaft, die ihre Kostenexpansion in Grenzen halten muß. Als Politiker würde ich erschrecken, von berufener Seite wiederholt hören zu müssen, daß 7—12 Millionen Menschen unseres Volkes im Bundesgebiet psychisch krank seien. Dann muß man sich die Frage gefallen lassen, wer alles zu psychisch Kranken gerechnet wird und weiterhin die Frage stellen, ob dies noch durch ein noch so großes Behandlungsangebot von ärztlicher, psychologischer und sonstiger Seite abgedeckt werden kann. Familie, Schule und andere gesellschaftliche Institutionen müssen sich fragen lassen, ob sie nicht versagt haben. Zweifellos ist man, und das nicht zuletzt durch ein vor mehreren Jahren erfolgtes Sozialgerichtsurteil, von dem Begriff der Arbeitsfähigkeit als Kriterium des Gesundseins abgegangen. Will man nicht Gefahr laufen, daß sowohl bei Politikern und auch sonst in der Öffentlichkeit Widerstand gegen eine zu kostenfordernde psychotherapeutische Ausuferung erfolgt, muß man auf klarer Indikation, präziserer Konzeptualisierung und einer dadurch ermöglichten Standardisierung bestehen, um therapeutische Methoden lehrbar zu machen und sie einer Effizienzkontrolle zuführen zu können. Im Bereich der Psychotherapie wird seelische Gesundheit oft mit einem Zustand vollkommenen Wohlbefindens verwechselt. Wir müssen vorübergehende Unlustzustände von eigentlich 3n seelischen Krankheiten unterscheiden.

In der kurzen Zeit ließen sich nur wenige Fragen ansprechen. Zu erwähnen ist noch der erhebliche Mangel an Kinder- und Jugendpsychiatern in freier Praxis.

Die Tatsache, daß der quartalsmäßige Behandlungssatz — Honorar und Medikation — pro Patient im Durchschnitt unter dem klinischen Tagessatz liegt, sollte Anlaß genug sein, die Tätigkeit in freier Praxis mindestens ebenso zu fördern, wie die Schließung der dringlichsten Lücken im stationären Bereich.

Beratungsstellen in der gemeindenahen Psychiatrie

G. Kohlscheen

Die Wichtigkeit und Bedeutung ambulanter Institutionen für die Versorgung psychisch kranker Menschen ist unbestritten. Diese lapidare Feststellung macht die Diskussion und Beantwortung von drei Fragenbereichen notwendig.

1. Welche Aufgaben haben diese Institutionen?
2. Welche Organisationsform und personelle Besetzung durch Fachkräfte ist zur Aufgabenbewältigung erforderlich?
3. Sind die bestehenden sogenannten Erziehungs-, Ehe- und Lebensberatungsstellen Institutionen im System der gemeindenahen Versorgung von psychisch Kranken und Behinderten?

Man kann die Aufgabe einer ambulanten psychohygienischen Einrichtung mit den Begriffen Prävention, Intervention in aktuellen Situationen bis hin zur Krisenintervention und Rehabilitation, d. h. Nachsorge, beschreiben, und pauschal gesehen sind es die gleichen Aufgaben, die einer stationären Einrichtung zugeschrieben werden. Trotzdem unterscheidet sich der Tätigkeitsbereich der ambulanten Einrichtung wesentlich von der stationären. Die ambulante Einrichtung erbringt diagnostische und therapeutische Leistungen am Patienten, ohne ihn aus seiner Umwelt zu lösen oder herauszunehmen. Der besondere Akzent ambulanter Tätigkeit ist darauf gerichtet, den Patienten in seinem sozialen Umfeld zu belassen oder erneut einzugliedern, um den Patienten seiner Familie, seinem Arbeitsplatz und seiner Freiheit und Freizeit zu erhalten. Deshalb kann und darf der Schwerpunkt der Arbeit nicht in einer ärztlich-medizinischen Versorgung liegen, sondern ist mehr bezogen auf psychotherapeutische und soziotherapeutische Maßnahmen: d. h., daß die ambulanten Tätigkeiten nicht ausschließlich patientenzentriert sind, sondern in großem Umfang alle beteiligten und tangierten Personen und Gruppen in der Nähe des Patienten in ihre Überlegungen für den Patienten mit einbeziehen müssen. Damit ist der ambulanten Institution ein Tätigkeitsfeld zugewiesen, das von einer Fachkraft oder Fachdisziplin nicht mehr bewältigt werden kann, sondern von den Erfordernissen her nur von einem Arbeitsteam eine sachgemäße Bearbeitung erfahren kann. Damit ist der zweite Fragenbereich angesprochen und fast beantwortet.

Die Organisationsform und Struktur einer ambulanten Institution für den psychisch kranken und behinderten Menschen kann nur eine multidisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit sein, in der paritätisch und in gemeinsamer Verantwortlichkeit die Strategien festgestellt werden, die Linderung, Besserung und Heilung von psychischer Krankheit garantieren. Nach heutiger, wissenschaftlich fundierter und gesicherter Auffassung ist bei der Beurteilung und Definition von psychischer Krankheit die Beachtung psychogener und soziogener Faktoren von großer Bedeutung. Eine nur somatologische Betrachtungsweise ist daher unzureichend. Insofern besteht die Notwendigkeit, in einer differenzierten Methodik und Systematik psychische Krankheit anzugehen, was von dem Vertreter einer Fachdisziplin nicht mehr zu leisten möglich ist. An dieser Stelle ist die Kompetenzfrage angesprochen, die wir in Deutschland gern mit dem Begriff der Verantwortung verknüpfen, und dabei bemüht sind, diesen Terminus zu Denkmalgröße hochzustilisieren. Mit Recht werden im intramuralen Bereich die unzulänglichen Verhältnisse für den Kranken beklagt, aber mir scheint, daß zu wenig darüber nachgedacht wird, inwieweit die Frage der Zuständigkeit oder der Verantwortlichkeit Versäumnisse hat entstehen lassen, die zu Lasten des Patienten gehen. Diese Tatsache unterstreicht aber nachdrücklich die Forderung nach einer gemeinsamen Verantwortlichkeit von Fachkräften, wobei selbstverständlich zu diskutieren und zu überlegen ist, wie diese multidisziplinäre Gemeinschaft, das Team, zusammengesetzt sein muß, um eine optimale und effiziente Arbeit am Patienten wahrnehmen zu können.

Am Beispiel der gegenwärtig vorhandenen Erziehungs-, Ehe- und Lebensberatungsstellen sollen die vorausgegangenen Überlegungen konkretisiert werden, und zugleich ist damit eine Beantwortung des dritten Fragenbereichs beabsichtigt. In der Bundesrepublik gibt es ca. 550 Beratungsstellen, wobei zu unterscheiden ist zwischen Erziehungsberatungsstellen und Ehe- und Lebensberatungsstellen oder kombinierten Einrichtungen. Hinzugezählt werden müssen Sonderberatungsstellen wie Drogenhilfe oder Behandlung von Alkoholismus. Sie alle versorgen bereits in größerem Umfang psychisch kranke Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Viele dieser Beratungsstellen bestehen seit über 20 Jahren, und gerade diese können auf einen ständigen Wandlungs- und Entwicklungsprozeß hinweisen, indem sie den Veränderungen unserer Welt Rechnung tragen und darum bemüht sind, neueste Techniken und Methoden von Diagnostik und Therapie in ihrem Arbeitsfeld zu erproben und anzuwenden. Es liegt in der Struktur der Beratungsstellen und selbstverständlich an den Anforderungen, die an sie gestellt werden, daß die Einrichtungen flexibel reagieren und auf eine ständige Modifikation ihres Arbeitsstiles und ihrer Arbeitsweise bedacht sein müssen. Es gibt mittlerweile bundeseinheit-

liche Richtlinien für Erziehungsberatungstellen; diese sehen vor, daß eine Stelle erst dann ihre Anerkennung erfährt, wenn in ihr mindestens ein Arzt, ein Psychologe, ein Sozialpädagoge oder Sozialarbeiter und ein Psychagoge in einem festen Arbeitsteam zusammenarbeiten. Hierbei wird alternativ die nebenamtliche Mitarbeit eines Facharztes als ausreichend angesehen, Die Richtlinien sehen also vor, daß alle Lebensbereiche, die psychische Krankheit verursachen, durch Fachkräfte ausreichend analysiert und behandelt werden können, aber sie intendieren auch, daß durch das Zusammensein von Vertretern verschiedener Wissenschaftsdisziplinen eine ständige Überprüfung des eigenen Standpunktes geschieht zugunsten einer besseren Versorgung des Hilfsbedürftigem.

In den Anfängen war Erziehungsberatung sicher so etwas wie Beratung in Fragen der Erziehung, wobei da; Ziel der Bemühungen darin bestand, für das Kind eine frühestmögliche Anpassung an seine Umwelt zu erreichen. Diese Zielvorstellung ist seit langem von den sogenannten Erziehungsberatern aufgegeben worden. An Stelle dessen ist die Auffassung getreten, daß für das Kind ein Erziehungsklima zu schaffen notwendig ist, in dem das Kind seine Möglichkeiten frei entwickeln kann und somit eine höchstmögliche Anpassung an sich selber erreicht. Das hat aber zur Folge, daß der Schwerpunkt erziehungsberaterischer Tätigkeit auf die Beratung, Begleitung und Behandlung von Eltern und anderen Beziehungspersonen des Kindes liegt, und die Therapie eines verhaltensauffälligen oder fehlentwickelten Kindes weitgehendst davon abhängig ist, inwieweit in dem Gesamtbehandlungsprozeß die angesprochenen Bezugspersonen entsprechend aktiviert werden konnten. Psychische Krankheit im weitesten Wortsinn ihrer Bedeutung ist u. a. auch wesentlich ein Produkt oder Resultat von Fehleinstellung und Fehlhaltung anderer Bezugspersonen. Ein Kind mit funktionellen Hirnstörungen erweist sich immer auch als ein fehlentwickeltes Kind mit zusätzlicher massiver psychischer Symptomatik, weil es ein ständig überfordertes Kind ist. Die falsche Einstellung und das nur geringe Verständnis für eine organische Erkrankung führen das Kind konsequent in die psychische Krankheit. Wir wissen, dass viele schwere psychische Krankheitsbilder, die unter Umständen einer langandauernden stationären Versorgung bedürfen, in der Kindheit ihren Ursprung haben, weil Erziehungsstil und Erziehungshaltung von Beziehungspersonen Entwicklung verhinderten oder nur einseitig zuließen. Damit kommt der Erziehungsberatung eine hervorragende Bedeutung in der Versorgung des psychisch kranken Menschen zu.

Ich selbst habe im Rahmen des Berichts zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland eine Untersuchung zur Bedarfser-

mittlung von ambulanten und anderen Einrichtungen für Kinder durchgeführt, die einer medizinischen oder psychologischen Intervention bedürfen. Eine Differenzierung des Bedarfs stieß bei der Untersuchung auf erhebliche Schwierigkeiten und wurde wie bei anderen ähnlichen Untersuchungen aufgegeben. Das Ergebnis der Untersuchung war, daß sich 31% der Kinder eines Einschuljahrgangs als behandlungsbedürftig herausstellen. Nur ein geringer Bruchteil dieser Kinder erfuhr eine sachgerechte Behandlung ihrer Situation. Ich nannte vorhin die Zahl von 550 Beratungsstellen, 348 davon sind Erziehungsberatungsstellen im Sinne der Richtlinien. Es ist leicht einzusehen, daß sich bei einer Kapazität von etwa 150-200 Fällen pro Jahr eine Erziehungsberatungsstelle in eine hoffnungslose Lage gedrängt erlebt, wenn sie sich als ambulante Institution im System der Versorgung psychisch kranker Menschen begreifen soll. Das verhaltensauffällige Kind von heute ist der manifeste Kranke von morgen. Es ist eine Frage, ob es sich unsere Gesellschaft leisten kann, die völlige Unterversorgung psychisch kranker Kinder zu ignorieren, oder ob sie sich die Erfahrungen verschiedener Spezialeinrichtungen zu eigen macht, eine quantitative wie qualitative Kapazitätsverbesserung zu schaffen, die unglücklich verlaufende Lebensschicksale verhindern.

Ehe- und Lebensberatungsstellen sind keine Sonderinstitutionen, die zerbrochene Ehegemeinschaften zu kitten versuchen oder für einen hilflosen Menschen einen Lebensplan konzipieren, sondern sie haben die gleiche Aufgabe, wie sie eingangs genannt wurde. Im Grunde müssen sie im Verbund mit den Erziehungsberatungsstellen gesehen werden, und wenn heute von den Erziehungsberatungsstellen Familientherapien — etwa im Sinne von Richter — durchgeführt werden, dann zeichnet sich damit der einheitliche Trend ab, daß im Grunde die scheinbar unterschiedlichen Beratungsgebiete eine Einheit sind. An dieser Stelle möchte ich mir den kritischen Hinweis erlauben, daß man auf politischer Ebene gerne mit Sondermaßnahmen operiert, wie etwa in der Drogenszene oder den flankierenden Maßnahmen bei der Schwangerschaftsunterbrechung. Ein Netz gut ausgerüsteter und sinnvoll platzierter ambulanter Institutionen wäre in der Lage, auch Sonderprobleme aufzugreifen, v/eil letztlich diese oder jene akute Problematik in der psychischer Gestörtheit der Person oder der Personen ihre Ursache hat.

Von meinen eigenen Erfahrungen und den mir zur Verfügung stehenden Unterlagen will ich einmal versuchen, folgendes zu behaupten: Schwerpunkte eines Problembewußtseins sind bei Eltern in bezug auf ihre Kinder gegeben. Die Pubertät ist als Entwicklungsphase mit besonderen Schwierigkeiten — vor allem der Sexualität — fast ausge-

klammert. Wenn wir heute Statistiken überfliegen, dann ist der problematische Jugendliche unterrepräsentiert. Ein neues und in diesem Fall eigenes Problembewußtsein zeichnet sich bei den 18- bis 25jährigen ab, dies wird deutlich, wo Ehe- und Lebensberatungsstellen einzel- oder gruppentherapeutische Leistungen anbieten können. Hier liegt, wie ich meine, die bedeutende Aufgabe dieser Beratungsstellen, und hier käme ihr auch die Funktion zu, ein Bindeglied zu sein zwischen stationärer Versorgung und unmittelbarer Realität, der Welt also, in der wir leben.

Nicht unerwähnt dürfen hier auch die Telefonseelsorgestellen bleiben. Jeder ist sich der Problematik einer telefonischen Beratung bewußt, aber ambulante Dienste sind ja auch u. a. Schaltstellen, deren Aufgabe es ist, Problembewußtsein oder Krankheitseinsicht zu vermitteln, d. h. den ratsuchenden Menschen an die Stelle zu verweisen oder hinzuführen, die wirksame Hilfe geben kann.

Beratungsstellen im Sinne von Erziehungs-, Ehe- und Lebensberatung haben ihren Platz in der Versorgung psychisch kranker Menschen und sind hinsichtlich ihrer Aufgabe und Ausstattung definiert. Sie sind die einzige Institution, die eine Erfahrung und einen Lernprozeß in mehrdimensionalem Denken und multiprofessioneller Zusammenarbeit über Jahrzehnte nachweisen kann. Beratungsstellen sind gemeindenaher, d. h. menschnaher Institutionen, mehr als Kliniken dies sein können. Darin liegt aber auch ihre Gefahr, die darin besteht, daß sie sich als autonome Funktionsorgane etablieren. Dies ist etwa darin ablesbar, daß die gegenwärtige Klientel in der Erziehungsberatung, aber auch in anderen Beratungsdiensten eine Auslese zugunsten der mittleren und höheren Sozialschichten darstellt. Eine weitere Auslese wird dadurch geschaffen, daß das Therapierbare einen Vorrang erfährt und anderes als unzumutbar eine Ablehnung erhält. Es ist eine Konfliktsituation, wie wir sie tagtäglich in der Praxis des Arztes oder Psychotherapeuten vorfinden. Es ist ein Konflikt, der einerseits von außen durch die mehr oder weniger günstige prognostische Aussage diktiert wird, und es ist andererseits ein Binnenkonflikt, der durch eine nur mangelhafte Verbindung und Zusammenarbeit zwischen stationär-klinischer und ambulanter Institution besteht. Hier müssen noch Wege gesucht und gefunden werden, die den Zentralismus und Dirigismus vermeiden und doch den Willen aller, die bessere Versorgung des psychisch kranken Menschen, garantieren. Schlußfolgernd möchte ich sagen:

- Beratungsstellen sind im System der gemeindenahen Versorgung für psychisch Kranke und Behinderte nicht wegzudenken, und sollten und müssen zu ambulanten Institutionen erweitert und ausge-

baut werden, zu einer Kapazität, die ihre Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit deutlich sichtbar werden läßt und unterstreicht. Hierbei sind unterschiedliche Träger dieser Institutionen und verschiedene finanzielle Zuständigkeiten wünschenswert, weil die Verantwortlichkeit für den psychisch kranken Menschen nicht allein eine Frage der Medizin ist, sondern psychische Gesundheit abhängig ist von vielen in sich differenten Faktoren unserer Zivilisation, Kultur und Technik.

- Beratungsstellen haben hinsichtlich ihrer Aufgabengebiete fest umrissene und vorformulierte Tätigkeiten und Leistungen zu erbringen. Das bedeutet und schließt ein, daß sie so organisiert und strukturiert sein müssen, daß auch akute Sonderprobleme nicht eine Störung ihrer Arbeit bedeuten, sondern selbstverständlich in die alltägliche Arbeit mit einbezogen werden.
- Die Beratungsstelle als eine für sich bestehende, ambulante Einrichtung ist möglicherweise eine; Oase für einen bestimmten Personenkreis, aber nicht das notwendige Glied oder die Kette, die Hilfe, aber nicht Fesselung bedeutet. Beratungsstellen müssen sich also in ein Verbundsystem einbezogen begreifen. Das „Wie“ des Status in diesem Verbund wäre noch zu artikulieren und zu definieren.
- Beratungsstellen in dem von mir genannten Sinn sind ein Faktor zur Hilfe und Heilung des psychisch kranken Menschen, weil sie Prävention, Intervention und Rehabilitation als ihre Aufgabe ansehen und sich dieser absolut verpflichtet fühlen, indem sie Diagnose und Therapie als ihre Arbeit durchführen.

Der Psychiatrische Sozialdienst an der Rheinischen Landeslinik Köln-Merheim - Sozialpsychiatrische Versorgung in und mit der Stadtgemeinde

U. Christiansen

In dieser Überschrift — sozialpsychiatrische Versorgung in und mit der Stadtgemeinde — ist das wesentliche Merkmal des PSD gekennzeichnet: Die psychiatrische Versorgung findet **in** der Stadtgemeinde statt, durch die sogenannten mobilen Teams, und sie findet, soweit es die Arbeit der Sozialarbeiter in den klinischen Funktionsbereichen betrifft, direkt im Hinblick auf das Leben in der Stadtgemeinde statt, in das der Patient nach seinem stationären Aufenthalt entlassen wird. Die Mitarbeiter des Sozialdienstes sind in ihrer täglichen Arbeit darauf angewiesen, ständig mit Personen und Institutionen zusammenzuarbeiten, die für den Patienten relevant sind, da es ihre Aufgabe ist, soweit wie möglich auf die sozialen Umstände des Patienten einzuwirken, um so auch die äußeren Bedingungen zu schaffen, die für ein möglichst selbständiges Leben notwendig sind. Hierfür müssen die Fähigkeiten und Behinderungen des Patienten und die Hilfen, die ihm zur Verfügung stehen oder gestellt werden können, in ihrer Wechselwirkung berücksichtigt und beeinflusst werden, wobei gerade bei Patienten mit chronischen Verläufen die Vermeidung sekundärer Behinderungen im Vordergrund steht. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es notwendig, die Familie, die Wohnsituation, die Arbeitssituation und die Institutionen zur medizinischen und sozialen Versorgung in der Stadtgemeinde in die Behandlung und Betreuung des Patienten einzubeziehen. So wird zum Beispiel das Gleichgewicht in einer Familie erheblich gestört, wenn das lange Zeit kranke Familienmitglied gesundet, und es wird notwendig, beim Erlernen neuer Verhaltensweisen Unterstützung zu geben. Auf der anderen Seite besteht das Problem, daß mit zunehmender Tendenz, Behinderte in der Stadtgemeinde zu belassen und nicht zu hospitalisieren, die Belastung der betroffenen Familien zunimmt und ihnen angemessene Hilfen angeboten werden müssen, wenn die Probleme nicht von den Institutionen in die Gemeinden verlagert werden sollen.

Eng damit zusammen hängt die Wohnsituation, die problematisch im Hinblick auf häusliche Fertigkeiten (vor allem, wenn die Versorgung durch die Familie ausfällt) und im Hinblick auf das Auskommen mit Nachbarn und Vermietern bei psychischen Auffälligkeiten ist. Soweit die Wohnprobleme nicht individuell zu Hause und auch nicht durch die bestehenden Wohnheime gelöst werden können, ist die Schaffung

spezieller Wohnangebote für psychisch Behinderte notwendig. Der „Kölner Verein für die Rehabilitation psychisch Behinderter e.V.“, der auf Initiative der Klinik gemeinsam mit Vertretern verschiedener Kölner Institutionen gegründet wurde, hat sich diese Aufgabe gestellt.

Von besonderer Wichtigkeit ist die Arbeitssituation, weil mit einem funktionierenden Arbeitsverhältnis in der Regel eine gesicherte ökonomische Situation, eine Strukturierung des Tagesablaufes, soziale Kontakte, soziales Ansehen und Selbstwertgefühl einhergehen. Wenn es nicht möglich ist, einen bestehenden Arbeitsplatz zu erhalten, oder — gegebenenfalls durch Umschulung — einen neuen Arbeitsplatz zu schaffen, müssen alle diese Dimensionen durch andere Maßnahmen erfaßt werden. Von besonderer Hilfe ist hier der wöchentliche Besuch der Rehabilitationsberaterin des Arbeitsamtes in der Klinik, bei dem Patienten für Umschulungsmaßnahmen und Arbeitsvermittlungsmaßnahmen vorgestellt werden.

Schließlich sind die Institutionen zur medizinischen und sozialen Versorgung in der Stadtgemeinde viele niedergelassene Ärzte, Kirchengemeinden, Familienfürsorge, Heime etc., einzubeziehen, die den Patienten und seine Familie häufig schon lange kennen und den größten Teil seiner Betreuung, gegebenenfalls unter Assistenz sozialpsychiatrisch ausgebildeter Mitarbeiter der Klinik, weiterhin übernehmen werden. Die Assistenz durch den Psychiatrischen Sozialdienst hat sich bisher vornehmlich auf die Beratung bei Einzelfällen beschränkt. Es ist vorgesehen, später durch Institutionsberatung einen Multiplikator-effekt zu bewirken.

Der Psychiatrische Sozialdienst besteht aus multiprofessionellen, mobilen Teams, die die sozialpsychiatrische Versorgung von Patienten in der Stadtgemeinde, d. h. vor allein zu Hause oder in unserem Kontaktzentrum in Köln-Deutz, wahrnehmen. Außerdem wird die Arbeit der sieben Sozialarbeiter und Sozialpädagogen in der Ambulanz und den klinischen Funktionsbereichen, die die Verbindung zwischen dem extramuralen und dem klinischen Bereich darstellen, durch den Leiter des Sozialdienstes koordiniert und angeleitet. Unterstellt sind diese Sozialarbeiter jedoch ihrem Abteilungsarzt. Sie nehmen in ihren jeweiligen Funktionsbereichen an den Programmen der Stationen teil, um alle Patienten kennenzulernen und um festzustellen, bei welchen Patienten ihre Intervention erforderlich ist. Entsprechend der Spezialisierung des Sozialarbeiters und den Bedürfnissen des Funktionsbereiches führen sie auch bestimmte! therapeutische Programme, wie Einzelberatung und -therapie und Sozialtraining in Gruppen durch. Vornehmlich leiten sie Maßnahmen in den oben beschriebenen Bereichen ein und nehmen zu einem Teil die Nachbetreuung ihrer Patienten, die aus der stationären Behandlung entlassen wurden, wahr.

Die mobilen Teams arbeiten sektorbezogen, d. h. sie sind für jeweils einen Bezirk zuständig. Auf diese Weise lernen die Mitarbeiter der als Teams mit der Zeit sowohl die Patienten, als auch die Sozialstrukturen und die Mitarbeiter der relevanten Institutionen ihres Bezirkes kennen. Die Einteilung der Bezirke folgt der Verwaltungsgliederung d. rechtsrheinischen Köln. In den drei Bezirken sind zur Zeit erst zwei Teams mit zwei Fachärzten und drei Sozialarbeitern tätig. Es ist vorgesehen und notwendig, für jeden Bezirk einem Team aus einem Arzt, Psychologen/Soziologen, einem Sozialarbeiter und einer Krankenschwester zu bilden. Von den mobilen Teams wurden 1974 278 Patienten betreut. Davon befanden sich am 27. 11. 1975 noch 85 in Betreuung. Sie nehmen die sozialpsychiatr. Betreuung der folgenden Patientengruppen wahr:

1. Patienten, die aus der Rheinischen Landeslinik Köln entlassen wurden
2. Patienten des Einzugsbereiches, die aus dem Landeskrankenhaus Langenfeld entlassen wurden und Patienten, die in der Betreuung des Außenfürsorgedienstes standen
3. Patienten, die von den verschiedenen Institutionen der Stadtgemeinde dem Sozialdienst bekanntgemacht wurden

Die folgende Statistik zeigt, welche Institutionen oder Personen den ersten Kontakt mit einem Patienten veranlagten:

Patienten des Psychiatrischen Sozialdienstes bis zum 27. 11. 1975 nach Veranlassung des Erstkontaktes

| | Absolut | In Pro- zenten |
|---|---------|-------------------|
| 1. Rheinische Landeslinik Köln | | |
| a) Nachbetreuung entlassener stationärer Patienten | 62 | |
| b) Zuweisung aus der Ambulanz | 25 | |
| | 87 | 31,3 |
| 2. Landeskrankenhaus Langenfeld | | |
| Nachbetreuung entlassener stationärer Patienten | | |
| Übernahme von Patienten des Außenfürsorgedienstes der LKH's Bonn und Langenfeld | 63 | 22,7 |

3. Stadtgemeinde

| | Absolut | in Pro- zente |
|--|---------|------------------|
| a) Patient selbst | 5 | |
| b) Angehörige | 30 | |
| c) Nachbarn, Bekannte | 10 | |
| d) Nervenarzt | 9 | |
| e) Niedergelassener Arzt (nicht Nervenarzt) | 8 | |
| f) Krankenhäuser | 7 | |
| g) Gesundheitsamt | 4 | |
| h) Familienfürsorge | 21 | |
| i) Kirchengemeinden | 19 | |
| j) Freie Verbände | 2 | |
| k) Altenheime | 5 | |
| l) Wohnungsbaugesellschaften | 3 | |
| m) Kontaktzentrum Tempelstraße | 3 | |
| n) andere | 2 | 128 |
| | 128 | 278 |
| | | 100,0 |

Die Zuweisungen aus der Stadtgemeinde sind für den Sozialdienst aus zwei Gründen von Bedeutung:

1. erfüllen diese Institutionen und Personen besser als jede Wiedervorlage die Funktion, bei Krisen rechtzeitig psychiatrische Hilfen zu veranlassen,
2. werden durch sie dem Sozialdienst Personen bekannt gemacht, bei denen zwar keine akute Krise vorliegt, die jedoch — nach Ansicht der Informanten — psychiatrischer Betreuung bedürfen, die sie zur Zeit nicht bekommen oder auch nie bekommen haben. Hier erfolgt eine diagnostische Abklärung der Situation, sowohl bezüglich der Krankheit oder Behinderung als auch der Möglichkeit der sozialen Umgebung damit fertigzuwerden und eine Beratung bezüglich des weiteren Vorgehens. Diese Fälle könnten, auch wenn es notwendig gewesen wäre, nur zu einem relativ geringen Teil aufgegriffen werden, vor allem da eine abgemessene Betreuung relativ zeitintensiv wäre. Im Rahmen der Prävention wäre hier eine ständige Ausweitung anzustreben.

Kontaktzentrum Tempelstraße:

Anfang 1974 wurde in der Evangelischen Kirchengemeinde Köln-Mülheim zusammen mit Mitarbeitern des Sozialdienstes die „Teestube“ gegründet, in der psychisch Behinderte und andere Personen zusam-

menkommen. In dieser Einrichtung werden Mülheimer Patienten betreut, wobei die Tätigkeit des Sozialdienstes sich seit einigen Monaten auf eine therapeutische Gruppe und eine Sprechstunde beschränkt. Auf Grund der Erfahrungen in der „Teestube“ konnte in Köln-Deutz in der Tempelstraße, einem ehemaligen Ladenlokal, ein Kontaktzentrum eingerichtet werden, das für Patienten, aber auch für andere Personen, an allen Werktagen — bisher 4 Stunden täglich — geöffnet ist. Es wird aus Patientenklub-Mitteln finanziert, die personelle Besetzung und Organisation geschieht durch Mitarbeiter des Sozialdienstes, die hier ihre Patienten beobachten und zusammengefaßt betreuen können. Die wichtigsten Funktionen, die die Tempelstraße für die Patienten erfüllt, sind:

- Strukturierung des Tagesablaufs
- Entlastung der Angehörigen
- Herstellung von Kontakten und gegenseitiger Verantwortung
- (Wieder-)Erlernen von Fertigkeiten des täglichen Lebens, durch Essenszubereitung, Einkaufen etc.
- Planung und Durchführung von Freizeitaktivitäten wie z. B. Ausflüge
- Medizinisch-psychiatrische Beratung
- Beratung in allen anderen Problemen
- Teilnahme an therapeutischen Gruppen

Von den 278 Patienten, die bisher in der Betreuung der mobilen Teams standen, waren bisher 56 in der Tempelstraße. Darüber hinaus waren 131 weitere Patienten in der Tempelstraße, die entweder von den Sozialarbeitern der übrigen Funktionsbereiche oder — solange keine spezielle Intervention notwendig wurde — ohne besondere Zuständigkeit betreut wurden bzw. werden. Da unseres Erachtens beide Einrichtungen sich bei der Betreuung von Patienten im Stadtteil sehr bewährt haben, ist längerfristig vorgesehen, eine ähnliche Einrichtung wie das Kontaktzentrum in Porz zu schaffen, in dem großen nördlichen Bezirk einem anderen Träger ein spezielles Angebot für psychisch Kranke anzubinden, und das Kontaktzentrum in eine ganztägig geöffnete Tageseinrichtung, die nach dem BSHG finanziert werden kann, zu erweitern.

Erfahrungen aus der Arbeit der Abteilung Gemeindepsychiatrie des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheini

H. Bakony

Die Abteilung Gemeindepsychiatrie und Psychohygiene am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim sieht ihre Aufgabe vorrangig darin, die Verbindung zwischen dem Zentralinstitut und den kommunalen Einrichtungen der Stadt Mannheim herzustellen und zu intensivieren. Die Abteilung Gemeindepsychiatrie versteht sich als Kontaktzentrum zwischen den verschiedenen Abteilungen des Zentralinstituts und der Kommune, die Mitarbeiter haben Beziehungen zu denjenigen sozialen Institutionen und Organisationen der Stadt Mannheim aufgebaut, die direkt oder indirekt mit psychisch Kranken zu tun haben (s. Abb. 1).

Von der Funktion her gesehen kann die Arbeit der Abteilung Gemeindepsychiatrie gruppiert werden in: Beratung, Hilfe bei der sozialen und beruflichen Rehabilitation der Psychisch Kranken sowie Koordination der an der Versorgung psychisch Kranker beteiligten Organisationen. Durch die folgende genauere Darstellung einzelner Projekte der Abteilung Gemeindepsychiatrie sollen die Arbeitsweise, die Schwierigkeiten und die enge Verbindung dieser Arbeit mit der Umwelt des psychisch Kranken sichtbar gemacht werden.

Die regionale Versorgung psychisch Kranker ist auf komplementäre Dienste angewiesen, die — wie die Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung des Berichts über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland ausführt — u. a. folgende Einrichtungen umfaßt:

- Patientenclubs
- Tagesstätten
- Beschützte Arbeitsplätze für Behinderte
- Werkstätten für Behinderte (vorberuflich und berufsbezogen)
- Übergangswohnheime
- Wohnheime
- Heime anderer Art, soweit sie psychisch Kranke und geistig Behinderte aller Altersstufen mitversorgen
- Beschützende Wohnangebote außerhalb von Heimen jeglicher Art.

Patientenclubs

Patientenclubs haben die Aufgabe, kontaktschwachen und in der Gesellschaft isolierten psychisch Kranker die Möglichkeit zwangloser zwischenmenschlicher Begegnungen in einem vertrauten Milieu zu geben. In Mannheim bestehen vier Patientenclubs, der älteste davon ist ein Club, der von Mitarbeitern des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Wiesloch gegründet wurde. Er wird von Sozialarbeitern und einem Psychiater des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Wiesloch betreut. Drei weitere nach Altersstufen Getrennte Clubs werden von der Abteilung Gemeindepsychiatrie, bzw. direkt von dem Zentralinstitut betreut. Der größte ist der Club für die 30- bis 60jährigen, der sich „Club der Geselligkeit“ nennt, weiter gibt es einen Seniorenclub für die über 60jährigen; der dritte Club ist für jüngere Menschen bestimmt. Zu den Clubs gehört eine Clubwohnung, die sehr günstig inmitten der Stadt gelegen ist. Die Mitglieder der Clubs kommen aus dem gesamten Wohngebiet Mannheims. In vieler Hinsicht wäre es günstiger, wenn sich Personen eines relativ kleinen Wohngebietes treffen könnten; die Kontakte würden sich leichter anbahnen, die gegenseitige Hilfe könnte besser geleistet werden. Es ist außerdem weit einfacher, in der Nachbarschaft einer Club zu besuchen, als den weiten Weg in die Stadt zu machen. Man muß bedenken, daß nur einige Patienten ein Auto zur Verfügung haben. Die Pläne gehen dahin, Satellitenclubs in anderen Stadtteilen zu gründen, beginnend mit den vom Stadtzentrum am weitesten entfernten Gebieten. Um dies verwirklichen zu können, sind entsprechende Räume und ein entsprechender Personenkreis nötig, der die Arbeit übernimmt, letzterer könnte sich aus Fachkräften, Laien oder aus Mitgliedern der Clubs zusammensetzen.

Werkstätten für Behinderte

1958 wurde von einem Psychiater des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Wiesloch in der Innenstadt Mannheims eine arbeitstherapeutische Werkstätte für psychisch Krankes gegründet. Anfangs waren es 15 Patienten, heute kommen 60 Personen in die Werkstätte. In einem gestuften Arbeitsplan werden die Patienten zu immer komplizierteren Arbeiten angeleitet. Außerdem lernen sie Pünktlichkeit, Ausdauer und den Umgang mit Arbeitskollegen. In den vergangenen Jahren konnte jährlich eine bestimmte Zahl der Patienten in Arbeitsstellen vermittelt werden, was bei der gegenwärtigen Arbeitsmarktlage jedoch kaum mehr möglich ist. Die Werkstatt wird von einem Arzt und einer Sozialarbeiterin des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Wiesloch betreut. Schon unter normalen ökonomischen Verhältnissen wäre es nötig gewesen, die Werkstatt zu erweitern. Bei den heutigen

Verhältnissen auf dem Arbeitsmarkt ist dies eine noch dringendere Aufgabe geworden. Pläne für eine Erweiterung sind vorgelegt, und ich hoffe, daß sie bald verwirklicht werden können. Soweit es zu übersehen ist, wird jedoch eine Erweiterung allein nicht ausreichen. Man müßte in anderen Stadtteilen zusätzlich Werkstätten für seelisch Behinderte eröffnen.

Beschützte Arbeitsplätze für Behinderte

Im Gegensatz zu körperliche! Behinderungen steht bei seelischen Störungen nicht die Schwierigkeit im Umgang mit bestimmten Fertigkeiten, d. h. der instrumentelle Teil der Arbeit, im Vordergrund, sondern der Umgang mit Arbeitskollegen und die Übernahme allgemeiner Arbeitsgewohnheiten, d. h. der soziokommunikative Teil der Arbeit ist für den seelisch Behinderten schwierig. Aus diesen Gründen ist für viele der Patienten ein Arbeitsplatz auf dem freien Arbeitsmarkt eine Überforderung. Unter Berücksichtigung dieser Schwierigkeiten wurden 1971 bei der Stadt Mannheim fünf beschützte Arbeitsplätze geschaffen, sog. Rehabilitationsstellen. Eine Sozialarbeiterin der Abteilung Gemeindepsychiatrie übernimmt die Betreuung der Patienten und berät den für den Patienten verantwortlichen Mitarbeiter an der Arbeitsstelle.

Eine kurze Bemerkung zur finanziellen Seite: Der Patient erhält 80% des für seinen Arbeitsplatz errechneten Lohnes; 50% kommen von der Stadt und der Rest, d.h. 30%, vom Sozialamt. Die Lohnberechnung berücksichtigt die Unregelmäßigkeiten, wie Zuspätkommen, Aussetzen, Verschlafen, das verlangsamte Arbeitstempo, die Schwierigkeiten mit den Arbeitskollegen. Die Rehabilitationsstelle ist zunächst für sechs Monate geplant, sie; kann jedoch noch um weitere sechs Monate verlängert werden. Ziel der Rehabilitationsstelle ist, den Patienten in den normalen Arbeitsprozeß einzugliedern, was in einigen Fällen auch gelungen ist. Es wäre wünschenswert, weitere Rehabilitationsstellen zu schaffen. Selbst beschützte Arbeitsplätze oder wenigstens Beschäftigungsplätze in c er Industrie zu finden, ist bei der augenblicklichen Arbeitsmarktlage problematisch. Mit diesem Thema beschäftigt sich der Arbeitskreis Öffentlichkeitsarbeit, dem neben Mitarbeitern des Zentralinstituts, Mannheimer Bürger aus verschiedenen Berufsgruppen angehören. Der Arbeitskreis hofft, ein Verfahren mit der Industrie auszuarbeiten, um Arbeits-, bzw. Beschäftigungsplätze für die Behinderten zu schaffen.

Übergangswohnheime

Übergangswohnheime sind Einrichtungen, in denen psychisch Kranke, die keiner stationären oder teilstationären Behandlung mehr bedürfen,

für eine gewisse Zeit untergebracht werden. Sie dienen der sozialen und beruflichen Rehabilitation. Übergangswohnheime sollten wegen der besseren Auswahl von Arbeitsmöglichkeiten und der besseren Möglichkeiten von sozialen Kontakten inmitten von Ballungszentren liegen. Hier in Mannheim stellt der Evangelische Gemeindedienst mitten in der Stadt ein Haus zur Verfügung, dessen Umbau mit relativ geringem Aufwand erfolgen kann und in dem 35 Männer und Frauen aufgenommen werden sollen. Das Haus wird im Frühsommer 1976 für Patienten des Zentralinstituts und des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Wiesloch zur Verfügung stehen und damit das erste Übergangswohnheim in Mannheim sein, dem sicherlich noch andere folgen müssen.

Wohnheim

Seit November 1972 steht in Mannheim ein Dauerwohnheim für 18 psychisch kranke Frauen zur Verfügung, die nicht mehr zu rehabilitieren sind, einen Krankenhausaufenthalt aber nicht mehr benötigen. Das Haus wird vom Evangelischen Gemeindedienst getragen. Die Bewohner kommen meist aus dem Psychiatrischen Landeskrankenhaus Wiesloch, in dem sie viele Monate und Jahre verbrachten. Da die Leiterin keinerlei sozialtherapeutische Ausbildung hat, wird sie einmal in der Woche von einer Krankenschwester der Abteilung Gemeindepsychiatrie beraten. Ein Psychiater kommt einmal im Monat zu einer Besprechung, an der gelegentlich auch die Sozialarbeiterin des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Wiesloch teilnimmt. Zusätzliche Wohnheime in der Stadt müßten noch geschaffen werden. Die bestehenden liegen meist in ländlichen Gegenden, für ehemalige Städter eine ungewohnte Umgebung.

Heime anderer Art für psychisch Kranke und geistig Behinderte

Hierzu zählt ein Wohnheim der Stadt Mannheim, das lange Zeit als Obdachlosenwohnheim bezeichnet wurde. Das Heim beherbergt 80 Männer und Frauen; der jüngste Bewohner ist 26 Jahre alt und die älteste Bewohnerin 86 Jahre alt; die meisten sind zwischen 50 und 65 Jahren. Zum großen Teil sind es schwer gestörte Menschen: Alkoholiker, Depressive, chronisch Schizophrene, die in der Vergangenheit in stationärer Behandlung waren und auch heute von Zeit zu Zeit stationär behandelt werden. Unter den Bewohnern sind einige geistig behindert, für deren Betreuung dieses Heim nicht geeignet ist. Das Heim hat nur einen Heimverwalter, eine Pflegehelferin und eine Putzfrau; in der Nacht ist ein Nachtpförtner tätig. Seit Anfang dieses Jahres ist ein Arbeitstherapeut für zehn Stunden wöchentlich beschäftigt. Von der Abteilung Gemeindepsychiatrie arbeitet eine Sozialarbeiterin einen Tag pro Woche in dem Haus, und einmal im Monat kommt ein

Psychiater zur Besprechung. *Die* Arbeit geschieht auf drei Ebenen, und zwar Einzelbetreuungen, Gruppenarbeit in Form eines wöchentlichen Meetings und der Zusammenarbeit mit der Stadtverwaltung. Ziel ist es, die schwergestörten Bewohner in ein anderes Haus zu überführen — das jetzige ist praktisch abbruchreif — und ein ausreichendes Betreuungs- und Therapieangebot sicherzustellen. Wegen der Schwere der Behinderung oder Störung brauchte zumindest die Hälfte der Bewohner ständige Betreuung. Da nach § 100 Abs. 1 des Bundessozialhilfegesetzes diesem Personenkreis eine derartige Hilfe zusteht, ist in Zusammenarbeit mit dem Sozialamt ein entsprechendes Konzept ausgearbeitet worden. Gespräche über die Anmietung eines Hauses sind schon im Gange. Es ist sehr wahrscheinlich, daß der Landeswohlfahrtsverband, falls eine entsprechende Betreuung gewährleistet ist, den Pflegesatz übernehmen wird.

Beschützende Wohnangebote außerhalb von Heimen jeglicher Art

Wenn ein Patient aus einem Übergangwohnheim oder aus einem psychiatrischen Krankenhaus entlassen wird, kann er in eine Wohngemeinschaft aufgenommen werden. Die Wohngemeinschaft bietet die Möglichkeit, sich auf eine eigene Wohnung vorzubereiten. Sie fordert vom Patienten mehr Selbständigkeit, gibt jedoch noch die Geborgenheit im Zusammenleben mit anderen. Seit Juli 1974 besteht in einer schönen Wohngegend Mannheims eine Wohngemeinschaft für acht seelisch behinderte Frauen, betreut von einer Sozialarbeiterin der Abteilung Gemeindepsychiatrie.

Selbstverständlich wäre es günstiger gewesen, vor der Gründung einer Wohngemeinschaft ein Übergangwohnheim aufzubauen. Da jedoch der Aufbau eines Übergangwohnheimes viel mehr Zeit und hohe Kosten beansprucht, wurde mit der 1. Wohnung angefangen, wohl wissend, daß dies keine ideale Situation darstellt. Bei der Wohnungssuche sind insofern Schwierigkeiten aufgetreten, als zwar genügend Wohnungsangebote auf dem Markt waren, doch sobald über den Zweck der Wohnung gesprochen wurde, die Absagen kamen. Die Gründe waren die üblichen Vorurteile gegenüber psychisch Kranken. Trotzdem hat der Hausbesitzer dann eine zweite Wohnung im gleichen Haus für eine weitere Wohngemeinschaft angeboten. Die übrigen Mieter verhalten sich den Bewohnern gegenüber nach anfänglicher Zurückhaltung sehr positiv. Im Sommer 1975 wurden dem Psychiatrischen Landeskrankenhaus Wiesloch Wohnungen für Patienten in einem Mietshaus in Mannheim angeboten. Das ganze Haus soll nach dem Willen der Besitzerin seelisch Behinderten zur Verfügung stehen. Nachdem für die derzeitigen Mieter adäquate Wohnungen gefunden sind, wird jede freiwerdende Wohnung mit Patienten des Psychiatrie-

schen Landeskrankenhauses Wiesloch oder des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit belegt werden können. Im Augenblick leben drei Patienten im Haus, deren Betreuung durch Mitarbeiter des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Wiesloch erfolgt. Im kommenden Jahr werden zwei Sozialarbeiterpraktikantin dort wohnen, um eine intensivere Betreuung gewährleisten zu können.

Beratungstätigkeit der Abteilung Gemeindepsychiatrie

Arbeitskreis mit den Mitarbeitern des Sozialamtes: Ein Großteil der psychisch Kranken und seelisch Behinderten, besonders aus den unteren Bevölkerungsschichten, geht nie zum Arzt, sondern man findet diesen Personenkreis unter den Klienten der öffentlichen Ämter oder der freien Wohlfahrtsverbände. Die Mitarbeiter dieser Institutionen sind in den seltensten Fällen dafür ausgebildet, mit ihnen angemessen umzugehen. Die Abteilung Gemeindepsychiatrie hat einen Arbeitskreis mit Mitgliedern des Sozialamtes angeregt, der seit 1969 regelmäßig zusammenkommt. Überwiegend sind es Fallbesprechungen, gelegentlich werden auch Organisationsgespräche geführt.

Beratung der Erziehungsbeistände beim Jugendamt der Stadt Mannheim

Bei den Erziehungsbeiständen handelt es sich um eine — beim Jugendamt tätige — Gruppe von Sozialarbeitern, die die Arbeit der freiwilligen und gerichtlich angeordneten Erziehungshilfe wahrnehmen. Die Klientengruppe der Erziehungsbeistände besteht meist aus Jugendlichen, die überwiegend aus belasteten Familienverhältnissen kommen, die mit Gerichten zu tun hatten oder zur Verwahrlosung neigen. Die Erziehungsbeistände sollen sowohl die Jugendlichen betreuen als auch die Familien beraten. Ziel der Beratung der Abteilung Gemeindepsychiatrie ist die Hilfestellung für den Erziehungsbeistand, um die Verhaltensauffälligkeiten des Jugendlichen zu verstehen, besonders auch deren Auswirkung auf die Familie zu begreifen. Weitere Beratungen der Abteilung Gemeindepsychiatrie finden mit Gruppen von Sozialarbeitern der Familienfürsorge statt. Diese Beratungen werden allgemein gewünscht. Beraten werden außerdem die Mitarbeiter des Hauses der Offenen Tür und eine Gemeindeschwester. Die Mitarbeiter der Telefonseelsorge werden von einem Psychiater der Ambulanz des Zentralinstituts beraten.

Aktivitäten der Abteilung Gemeindepsychiatrie im Bereich der Arbeit mit Alkohol- und Drogenabhängigen

In Mannheim bestehen für Alkoholiker folgende Einrichtungen: Die

Suchtberatungsstellen des Evangelischen Gemeindedienstes, des Caritasverbandes und des Landesverbandes gegen die Suchtgefahren, in denen jeweils ein Sozialarbeiter tätig ist. Außerdem besteht in Mannheim ein alkoholfreies Cafe im Hause des CVJM, Im therapeutischen Bereich wären weiter zu nennen die Selbsthilfegruppen, und zwar mehrere AA-Gruppen und die Lohngruppen, die ihre Meetings zum großen Teil im CVJM-Heim abhalten. Für Drogenabhängige unterhält der Drogenverein Mannheim eine ambulante Beratungsstelle. Weiterhin verfügt der Drogenverein über eine stationäre Einrichtung, die therapeutische Wohngemeinschaft in der Diffenee-Straße 10a, wo ca. 13 Jugendliche in einer sechs bis neun Monate langen Entziehungsbehandlung nach klinischem Entzug aufgenommen werden können. Hier arbeiten eine Ärztin und eine Krankenschwester der Abteilung Gemeindepsychiatrie mit. Die Krankenschwester nimmt an den Hausversammlungen der Klienten teil, die Ärztin begutachtet die Aufnahme, sie steht bei medizinischen und psychiatrischen Fragen zur Verfügung.

Aus dem Bedürfnis nach einer effektiveren Zusammenarbeit der einzelnen Beratungsstellen untereinander und mit der Abteilung Gemeindepsychiatrie entstand eine Arbeitsgruppe, die sich im Rahmen von Institutionen und der Selbsthilfegruppen mit dem Problem der Alkoholabhängigkeit befaßt. Dieser Arbeitskreis hat neben regelmäßigen Fallbesprechungen das Ziel, eine gemeinsame Grundkonzeption für das therapeutische Handeln zu erarbeiten. Ein anderer Themenbereich ist Planung und Organisation der Öffentlichkeitsarbeit. Außerdem werden die Möglichkeiten therapeutischer Einrichtungen über den ambulanten Bereich hinaus diskutiert. Mit dem Psychiatrischen Landeskrankenhaus Wiesloch nahm die Abteilung Gemeindepsychiatrie Kontakt auf, um die bereits bestehenden Einzelkontakte zwischen den Beratungsstellen und dem Landeskrankenhaus zu einer gemeinsamen Aktion zu koordinieren. Ausgehend von der Forderung nach einer effektiven Behandlung von Alkoholkranken, mit dem Schwerpunkt in der Nachbetreuung, wird von den Beratungsstellen unter Mitarbeit der Abteilung Gemeindepsychiatrie einmal wöchentlich ein Informationsgespräch mit den - in Wiesloch stationär aufgenommenen — alkoholkranken Patienten aus dem Bereich der Stadt Mannheim durchgeführt. Eine Psychologin und ein Vertreter aus dem Pflegebereich des Landeskrankenhauses Wiesloch nehmen regelmäßig an diesen Gruppengesprächen teil.

Gerontopsychiatrie

Bei Hilfen für psychisch kranke alte Menschen ist die Tätigkeit der Abteilung Gemeindepsychiatrie beschränkt. Die Krankenschwester

Abteilung für Gemeindepsychiatrie*)

Zusammenarbeit – Beratung – Übergangshilfe – Rehabilitation

| | |
|---|--|
| Einrichtungen und Dienste in der Gemeinde | <p>Zusammenarbeit: Arbeitstherapeutische Werkstätte Berufsförderungswerk Heidelberg-Wieblingen</p> <p>Zusammenarbeit und Beratung: Sozialamt, Jugendamt, Arbeitsamt Wohnheim Sandhofen (70 Männer u. Frauen) Wohnheim U 5 (80 Männer) Suchtberatungsstelle Altenpflegeheim Almenhof Gemeindepflegestationen (meist für ältere Personen) Nachbarschaftshilfe (meist für ältere Personen) Evangelischer Gemeindedienst Caritasverband Telefonseelsorge Mannheim-Ludwigshafen Offene Tür (Lebensberatung)</p> |
|---|--|

Laienorganisation für psychisch Kranke

Mitarbeit in der Mannheimer Gesellschaft für seelische Gesundheit und in deren Arbeitskreis Öffentlichkeitsarbeit

Ärzte und Krankenhäuser

Niedergelassene Ärzte
Gesundheitsamt – Abt. Psychiatrie
PLK Wiesloch – PBZ I
Kreispflegeheim Weinheim – Psychogeriatrie
Heinrich-Lanz-Krankenhaus

Koordinierungsgremium der Sozialen Dienste in Mannheim für die Versorgung psychisch Behinderter

Übergangseinrichtungen Rehabilitation

Beratung:
Käthe-Luther-Heim
(Dauerwohnheim für psychisch kranke Frauen)
Elisabeth-Lutz-Heim
(Übergangsheim für psychisch kranke Männer u. Frauen)

Eigene Projekte:
Wohngemeinschaft für psychisch kranke Frauen
Rehabilitationsstellen bei der Stadt Mannheim und Schaffung von Arbeitsplätzen für psychisch Behinderte in der Industrie
3 Patientencclubs – für verschiedene Altersstufen
Clubwohnung mit verschiedenen Aktivitäten für Mitglieder des Patientencclubs

Ärztliches Koordinierungsgremium für die psychiatrische Versorgung in Mannheim

*) Quelle: Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim, Bericht über Ziele, Aufbau, Vorbereitungen und Inbetriebnahme, 1976, S. 92

des Teams leitet den Seniorenclub, sie unterrichtet das Pflegepersonal eines Altenpflegeheims, das über 240 Betten verfügt; ein Viertel davon sind psychiatrische Fälle. Für die Zukunft ist die Beratung des Personals der psychiatrischen Station dieses Hauses vorgesehen. Um eine effektive Koordination zwischen allen Institutionen, die sich sowohl stationär als auch ambulant mit alten Menschen beschäftigen, zu erreichen, werden z. Z. Informationen über derartige Einrichtungen in der Stadt Mannheim gesammelt.

Die Entwicklung geht heute dahin, den psychisch Kranken in einem Krankenhaus in der Nähe seines Wohnortes unterzubringen. Nach relativ kurzem Aufenthalt soll er wieder in die Gemeinschaft integriert werden, sowohl in sozialer als auch in beruflicher Hinsicht. Bei der sozialen wie bei der beruflichen Rehabilitation spüren die Kranken und auch die Betreuer die Widerstände und Vorurteile in der Bevölkerung, die auf jahrhundertealten Auffassungen über psychisch Kranke beruhen. Allmählich müssen diese Vorurteile abgebaut werden durch Informationen, aber auch durch persönliche Erfahrungen und Kontakte. Informationen an Schlüsselpersonen sind hierbei ein sehr wirksames Werkzeug. Bei dieser Gelegenheit möchte ich diejenigen, die Positionen haben, die ihnen — sei es nun als Vertreter der Gemeinde oder als Vertreter der Medien - die Möglichkeit geben, politische Entscheidungen zu beeinflussen und die Dinge voranzutreiben, herzlich dazu auffordern.

Tagesklinik als Instrument gemeindenaher psychiatrischer Versorgung

H. Brodbeck

Reform in der Psychiatrie wird heute verstanden als die Bereitstellung einer therapeutischen Kette von der geschlossenen Akutstation über die verschiedensten stationären und halbstationären Bereiche bis hin zu extramuralen Diensten, Patientenclubs und anderen Nachsorgeaktivitäten. Im Rahmen dieses Konzepts steht die Tagesklinik an einer Nahtstelle. Daraus ergeben sich Chancen und Gefahren. Solange psychiatrische Versorgung in Großkrankenhäusern weit ab von den Ballungszentren stattfand, hatte eine tagesklinische Behandlung wenig Aussicht auf Verbreitung. Anfahrtszeiten von über einer Stunde werden allgemein als unzumutbar angesehen. Die Bedeutung der Tagesklinik wächst mit der Schaffung gemeindenaher psychiatrischer Versorgungszentren. Die Zahl der Behandlungsplätze in unserem Lande steigt ständig, gemessen an der Zahl der vorhandenen Betten dürfte sie derzeit jedoch kaum 5 bis 6% ausmachen, ich möchte darum im Folgenden mehr von den Möglichkeiten sprechen, wie sie sich nach einjähriger Erfahrung mit einer Tagesklinik in einem Psychiatrischen Behandlungszentrum darstellen.

Für die Versorgung fallen der Tagesklinik zwei Funktionen zu: Die eine Funktion zielt auf die Vermeidung der vollstationären Aufnahme ab, verhindert damit eine weitgehende Regression des Kranken und erhält die Eigenverantwortlichkeit bzw. die Verantwortlichkeit der Angehörigen. Die Möglichkeiten der Tagesklinik sind dann überschritten, wenn Eigenverantwortung und Selbstkontrolle infolge der Krankheit so weit betroffen sind, der Kranke in eine so weit reichende Regression eingetreten ist, daß er der Pflege und des Schutzes und der vollen Übernahme von Verantwortung durch Dritte bedarf. Dies ist, wie sich leicht einsehen läßt, nicht abhängig von der Diagnose sondern im Wesentlichen vom Grad der Desorganisation der Persönlichkeit bzw. der Umweltbeziehungen. Die andere Funktion der Tagesklinik zielt auf die Kranken aus dem stationären Bereich, denen nach einer schweren Desorganisation der Persönlichkeit gestufte soziale Belastungen auf dem Niveau der verbliebenen oder allmählich wiederkehrenden Leistungsfähigkeiten angeboten werden müssen. Beide Funktionen treffen sich in einem einheitlichen Behandlungsprogramm mit dem Ziel, die Selbstverantwortlichkeit und Eigenkontrolle zu fördern und regressiven Tendenzen entgegenzuwirken, das heißt aber, daß ein tagesklinisches Behandlungskonzept ein vielfältiges soziales

„Reizklima“ schaffen muß, das auch Anforderungen an die psychischen Kräfte des Kranken stellt.

Unser Behandlungskonzept richtet sich nach milieuthérapeutischen und gruppentherapeutischen Kriterien und stimuliert im Wesentlichen soziale Kontakte. Dieses Konzept scheint mir deshalb für eine Tagesklinik so geeignet, weil es die Anforderungen des familiären und beruflichen Bereiches an die psychischen Kräfte des Kranken verbindet mit der therapeutischen Kontrolle und dem Schutz einer klinischen Einrichtung. Dieses therapeutische Konzept hat sich in der Tat bei den meisten Tageskliniken durchgesetzt.

Ich brauche nicht besonders zu betonen, daß eine Tagesklinik keine eigenständige Einrichtung sein kann, sondern stets die Behandlungsangebote der übrigen Funktionsbereiche; des Psychiatrischen Behandlungszentrums vor bzw. hinter sich wissen muß, um den Erfordernissen des Kranken entsprechend behandeln zu können. Häufig wird die Tagesklinik aber als eine Tagesstätte im Sinne eines Horts für psychisch Kranke mißverstanden, Einrichtungen, die im extramuralen Bereich ihre Berechtigung haben. Die Tagesklinik dient aber gerade nicht der Bewahrung und der Beschäftigung, sondern der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation mit den Möglichkeiten des gesamten Psychiatrischen Behandlungszentrums. Die Tatsache, daß der Kranke den Abend, die Nacht und die Wochenenden zu Hause in seiner gewohnten Umgebung verbringt, bedeutet eben nicht ein weniger an Therapie, sondern vielmehr eine erweiterte Form von Therapie mit einem bestimmten Indikationsspektrum. Mehr noch als bei einer vollstationären Behandlung gelangt das psychosoziale Umfeld in den Bereich der klinischen Behandlung und verhängt besondere Instrumente zu seiner Beeinflussung. Enge Kontakte zu den Angehörigen, zum Arbeitsplatz, zum gesamten sozialen Milieu als möglicherweise krankmachende oder die Krankheit unterhaltende Faktoren haben sich als unverzichtbare Bestandteile unserer Arbeit erwiesen. Begibt man sich aber erst einmal auf dieses Feld, weil es für die Gesundheit des Betreffenden notwendig wird, stößt man bald an die Grenzen des personell und persönlich Verkraftbaren. Die Möglichkeiten zur Umstrukturierung des sozialen Milieus sind bei aller Einsicht in die Notwendigkeit nach wie vor gering. In besonderer Weise stellt sich in einer Tagesklinik das Problem der Beschränkung der Zuständigkeit. Da es hier keine scharfen Grenzen mehr zwischen intra- und extramural gibt, wird es erforderlich für jeden Kranken, ein bestimmtes begrenztes Behandlungsziel zu formulieren, um eine Ausuferung zu vermeiden und eine Richtschnur für die Dauer der tagesklinischen Behandlung zu haben.

Noch eine Bemerkung über die Situation des therapeutischen Personals einer Tagesklinik: Das milieuthérapeutische Konzept und das Ziel

der Rehabilitation verlangt vom Patienten eine zunehmende Aufgabe der „Patientenrolle“, parallel dazu von selten des behandelnden Personals eine zunehmende Aufgabe der „Therapeutenrolle“. Zwangsläufig, aber auch gewünscht, ergibt sich daraus an das Personal die Anforderung, sich als Person in die Behandlung einzubringen. Um in der Auseinandersetzung mit ja gerade gestörten Verhaltensweisen der Kranken bestehen zu können, bedarf es eines hohen Grades an Selbsterfahrung und an Information über den Kranken für jedes einzelne Mitglied des Therapeuten-Teams. Daraus folgt, daß eine entsprechende persönliche Bereitschaft und Ausbildung; erforderlich ist und ein ständiger, oft zeitaufwendiger Informationsaustausch erfolgen muß. Ich darf sagen, daß dies die Voraussetzung einer milieuthera-
peutischen Behandlung ist. Die relativ hohe Zahl der Mitarbeiter und der hohe Stellenwert der Qualifikation machen - bezogen auf die Zahl der Behandlungsplätze - deutlich, daß eine tagesklinische Behandlung nicht weniger kosten kann als ein Behandlungsplatz im vollstationären Bereich.

Lassen Sie mich als Fazit unserer praktischen Arbeit an der Tagesklinik eines Psychiatrischen Behandlungszentrums sagen, daß nach unserer Auffassung die Tagesklinik nicht nur ein Glied in der therapeutischen Kette im Sinne einer gestuften Rehabilitation darstellt, sondern darüber hinaus, verbunden mit einem milieuthera-
peutischen Behandlungskonzept, in sich ein geeignetes therapeutisches Instrument für bestimmte vollstationär oder ambulant unzureichend therapierbare Krankheitszustände darstellt, d. h. für schwere neurotische Syndrome und Persönlichkeitsstörungen und Störungen aus dem Grenzbereich der Neurose und Psychose, die bereits zu lang anhaltender Arbeitsunfähigkeit oder zur Berentung geführt haben.

Stationäre und ambulante Psychiatrie unter dem Aspekt der Rehabilitation

B. Tacke

Die wesentlichen Forderungen der modernen Psychiatrie lauten:

1. Gemeindenahe Betreuung des Psychisch Kranken
2. Gleichstellung des psychisch Kranken mit dem körperlich Kranken und
3. Bereitstellung eines umfassenden, gestuften Behandlungsangebotes.

Mit der Verfolgung dieser Ziele wird die Rehabilitation des psychisch Kranken im Sinne einer Wiedereingliederung in die Gesellschaft angestrebt, aus der Erkenntnis heraus, daß die Unterbringung psychisch Kranker in fernab gelegene sog Heil- und Pflegeanstalten oft genug zu einer Verstärkung krankheitsbedingter Störungen und Persönlichkeitsveränderungen im Sinne eines sog. Anstaltssyndroms (FREUDENBERG)¹ führen kann. Die dortige Überfüllung mit Patienten, der Personalmangel und das häufig dürftige Therapieangebot, der passivierende Stationsalltag und die oft armselige Umgebung trugen nahezu zwangsläufig zur Förderung sog. Minussymptome bei (WING und BROWN, HARTMANN)². Die lange Aufenthaltsdauer verringerte zudem die Rehabilitationschancen (BÖCKER, CLEMENS und JOCHHEIM)³.

Zur Überwindung von Hospitalismusschäden hat BARTON⁴ nach Analyse der verursachenden Faktoren ein 7-Punkte-Programm aufgestellt:

1. Die Kontakte des Kranken zur Außenwelt wieder herstellen.
2. Einen Tagesablauf, der sinnvolle Beschäftigung, Erholung und Geselligkeit bietet, organisieren.
3. Die autoritär-kustodiale Einstellung von Ärzten und Pflegepersonal verändern.
4. Dem Patienten ermöglichen, Freunde und Besitztümer zu haben und damit eine Privatsphäre.
5. Möglichst wenig dämpfende Medikamente einsetzen.

6. Eine freundliche, wohnliche Atmosphäre schaffen.
7. Dem Patienten in seiner Apathie bewußt zu machen, daß er Aussichten auf Freundschaft, Wohnung, Arbeit und ein befriedigendes Leben hat.

Der seelisch Behinderte kann nur zur aktiven Mitarbeit motiviert werden, wenn ihm die Therapeuten partnerschaftlich gegenüber treten. Eine nur objektivierende Betrachtungsweise der Krankheitssymptome muß zugunsten einer „psychotherapeutischen Grundeinstellung“ (WINKLER)⁵, die die Gesamtpersönlichkeit und innere Lebensgeschichte des Patienten mit seinen erlebnisreaktiven, familiendynamischen und sozialen Verflechtungen mit einbezieht, zurücktreten. Der psychisch Kranke soll, soweit sein Kranksein es ihm ermöglicht, aktiv am therapeutischen Prozeß teilnehmen, Passivierende und infantilisierende Rituale wie das routinemäßige Eingangsbad, das Wegnehmen und Registrieren von Habseligkeiten, das „Ins-Bett-legen“, u. a. sind deshalb als Anachronismen anzusehen (KRÜGER)⁶. Der Umgang der Experten mit dem psychisch Kranken ist nach den Untersuchungen STUMME's⁷ für die Einstellung der Bevölkerung und damit für die Reintegrationschancen des entlassenen Patienten von ausschlaggebender Bedeutung.

Die Chance der modernen, psychopharmakologischen Behandlungsmöglichkeit läßt sich nur nutzen, wenn sozialtherapeutische Aktivitäten hinzukommen. Der Schwerpunkt des sozialen Trainings liegt heute auf zahlreichen Gruppenaktivitäten.

NAPOLITANI⁸ hat vier entscheidende therapeutische Faktoren der Gruppe zusammengestellt:

1. Krankhaftes Verhalten des Einzelnen wird in der Gruppe deutlich, und der Einzelne wird durch die Gruppe darauf aufmerksam gemacht.
2. Die Gruppe und der Einzelne bemühen sich, das krankhafte Verhalten zu verstehen.
3. Es werden diejenigen Situationen gefördert, die korrigierende Erfahrungen ermöglichen.
4. Die „gesunden Seiten der Persönlichkeit“ werden durch die Gruppe anerkannt und durch adäquate Rollen entwickelt.

Bei der starken Verflechtung medizinischer und sozialer Aspekte und Interaktionen kann es nicht erstaunen, daß sich eine Verlaufsprognose für den einzelnen Rehabilitanden nur schwer stellen läßt. Verlaufsuntersuchungen, besonders schizophrener Kranker, haben einige statistische Erkenntnisse gebracht (vergl. BLEULER, HUBER, GROSS und SCHÜTTLER)⁹. BOSCH¹⁰ u. a. haben besonders auf die Abhängigkeit des Rehabilitationserfolges von sozialen und Verhaltensvariablen hingewiesen. Die Bedeutung einer kontinuierlichen psychosozialen Betreuung läßt sich daran erkennen, daß ungeordnete soziale Herkunfts- und Milieuverhältnisse, mangelhafte Wohnsituation, ungeordnete wirtschaftliche und Familienverhältnisse sowie Arbeits- und Beschäftigungslosigkeit stärker ins Gewicht fielen als psychopathologische Kriterien.

Zur Durchführung und Sicherstellung eines Rehabilitationserfolges bedarf es der Koordination und Kooperation der verschiedenen Ambulanzen, halbstationären und stationären Therapie-Instanzen sowie insbesondere einer aktiven, nachgehenden Fürsorge mit sozialpsychiatrischen Übergangseinrichtungen, die den Wohn- und Arbeitsbereich des Patienten umfassen. Die strikte Trennung stationärer und ambulater Zuständigkeiten in der Versorgung schafft für manche Patienten eine empfindliche Lücke in der Behandlungskette. Zuständigkeitsschwierigkeiten der Kostenträger verhindern bislang in der Praxis oft eine gestufte, flexible Behandlung, wenngleich durch das „Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation“, das am 1. Oktober 1974 in Kraft getreten ist, Arbeitstherapie und Belastungserprobungen als neue kassenpflichtige Leistungen anerkannt worden sind. Zuviel Enthusiasmus der Betreuer bei Arbeitserprobungen kann allerdings auch leicht zu unkritischer Überforderung des Patienten führen, die Zusammenarbeit mit Rehabilitations-Beratern des Arbeitsamtes muß deshalb unbedingt intensiviert werden. Verbessert werden müssen auch die sozialpsychiatrische Ausbildung und Fortbildung für Pflegepersonal und Ärzte, im Studium sind psychosoziale Bezüge stärker als bisher zu betonen.

Die Unterstützung des Patienten bei seinen Arbeits- und Wohnversuchen und auch die Aufklärung und oft auch notwendige „Behandlung“ von Familienangehörigen, Vorgesetzten und anderen Bezugspersonen läßt sich häufig aus Personalmangel noch nicht mit der nötigen Gründlichkeit durchführen. Die vorhandenen Einrichtungen in den Kommunen sind noch längst nicht alle genutzt (PÖRKSEN)¹¹, die Laienhilfe läßt sich sicher noch stärker aktivieren. Während die bislang oft noch mangelhafte oder ungenügende Psychopharmaka-Weiterbehandlung entlassener Patienten sich durch fachliche Informationen weiter verbessern lassen, dürfte die weitverbreitete Neigung

zur Bevormundung und Überbürokratisierung bei der Behandlung psychisch Kranker wohl am schwierigsten und nur langwierig zu beeinflussen sein. Was die häufig vorgebrachten Klagen über Vorurteile der Bevölkerung gegen psychisch Kranke angeht, so verzeichnet eine jüngste Meinungsforschungsstudie (CHRISTIANSEN und MÜNSTERMANN)¹² als wichtigstes Ergebnis, daß Reformbestrebungen, die auf die soziale Wiedereingliederung psychisch Kranker zielen, sei es durch die gemeindenahere Versorgung oder durch Rehabilitationsmaßnahmen in der Familie und am Arbeitsplatz, dem Wunsch der Mehrheit der Bevölkerung entsprechen und auf ihre Unterstützung rechnen können.

1 FREUDENBERG, R. K.: Das Anstaltssyndrom und seine Überwindung. Der Nervenarzt 33 (1962), 165-172.

WING, J. K., G. W. BROWN: institutionalism and Schizophrenie. A comparative study of three mental hospitals 1960-1968. University Press, Cambridge 1970. HARTMANN, W.: Über Einflüsse der Hospitalisierung auf den Verlauf der Schizophrenie. In: G. HUBER: Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen. F. K. Schattauer, Stuttgart/New York (1973),

3 BÖCKER, F., R. CLEMENS, K. A. JOCHHEIM: Die Rehabilitation von Schizophrenien. In: Sozialpsychiatrie, hrsg. von N. PETRILOWITSCH. Karger, Base! 1969.

* BARTON: zit. n. FREUDENBERG.

5 WINKLER, W. Th.: Objektivierende Betrachtung und psychotherapeutische Grundeinstellung. Z. Psychother. 1 (1965), 1.

6 KRÜGER, H.: Die Funktion der klinischen Behandlungseinheit im psychiatrischen Versorgungssystem. Psychiatrische Praxis 1 (1974), 63-272.

7 STUMME, W.: Faszination und Relevanz der Vorurteilsforschung. Psychiatrische Praxis 1 (1974), 4.

8 NAPOLITANI: zit. nach KAYSER, H., u. a.: Gruppenarbeit in der Psychiatrie. Georg Thieme, Stuttgart (1973).

9 BLEULER, M., G. HUBER, G. GROSS, R. SCHÜTTLET: Der langfristige Verlauf schizophrener Psychosen. Gemeinsame Ergebnisse zweier Untersuchungen. Der Nervenarzt 8 (1976), 477-481.

10 BOSCH, G.: Zur beruflichen Rehabilitation schizophrener Patienten. Rehabilitation 14 (1975), 9-17.

11 PÖRKSEN, N.: Kommunale Psychiatrie. Das Mannheimer Modell. Rowohlt, Reinbeck 1974,

12 CHRISTIANSEN, U., J. MÜNSTERMANN: Psychisch Kranke und psychiatrische Versorgung. Meinungen und Erfahrungen der Bevölkerung in Düsseldorf, Essen und Köln. Psychiatrische Praxis 1 (1976), 1-15.

Zum Aufbau einer Rehabilitationsabteilung am Psychiatrischen Behandlungszentrum Köln

B. Tacke

Rehabilitation ist nicht gleichbedeutend mit Heilung oder Wiederherstellung der Arbeitskraft. Zur Rehabilitation werden alle medizinischen, berufsfördernden und sozialen Maßnahmen gerechnet, die dem Kranken trotz entstandener Leistungseinbußen eine möglichst optimale Anpassung an die beruflichen Aufgaben sowie an die familiären und sozialen Verpflichtungen ermöglichen. Wiedereingliederungsbemühungen werden schon dann als Erfolg zu werten sein, wenn es durch sie gelungen ist, die beim Patienten angelegten Potentiale sozialer Verwirklichung weitgehend zu entwickeln.

Die Rehabilitationsabteilung des Psychiatrischen Behandlungszentrums Köln wurde im April 1974 als Teil elfter Versorgungskette in Verflechtung mit den übrigen medizinischen und sozialen intra- und extramuralen Bereichen eröffnet. Es handelt sich um eine offene, bisher teilbelegte (30 Patienten) Abteilung, die nach milieu- und soziotherapeutischen Erfahrungen ausgerichtet ist. Es werden vorwiegend Patienten mit schizophrenen Defektsyndromen und schweren neurotischen Fixierungen behandelt. Wenn eine Forderung der modernen Psychiatrie dahingeht, daß psychisch Kranke den körperlich Kranken gleichgestellt sein müssen, so ergeben sich aus diesem berechtigten Prinzip bei der mittel- und längerfristigen Behandlung psychisch Kranker doch besondere Gesichtspunkte. Der Kranke darf eben gerade nicht einer passivierenden Bettbehandlung, regressionsfördernder Unterforderung und überfürsorglicher Bevormundung unterzogen werden, sondern muß selbst aktiv an seiner Wiederherstellung mitwirken; d. h. der Rehabilitand muß aus der Rolle des Nur-Behandelten (Krankheitssymptome im Vordergrund) in die Rolle des Wieder-Handelnden (gesunde Anteile der Persönlichkeit im Vordergrund) gelangen. Es muß mit ihm eine Art partnerschaftlicher Behandlungsvertrag ausgehandelt werden.

Zu den sechs Beziehungsgefügen, von denen der Erfolg angestrebter Rehabilitationsbemühungen abhängt, sind aus unserer Sicht folgende empirisch begründete Anmerkungen zu machen:

1. Zur Aufnahme-Indikation:

Die meisten Patienten werden über die Ambulanz oder den Psychiatrischen Sozialdienst der Abteilung zugeführt, nach Abklingen der Akuti-

tät werden auch Patienten aus den klinischen Stationen übernommen. Es findet keine Selektion bezüglich „Schwere der Krankheit“ statt. In einem Einführungsgespräch wird versucht, Einblicke in die Motivationen und Zielvorstellungen des Patienten zu erhalten, um gemeinsam mit ihm ein Therapieprogramm zu entwickeln. Eine Behandlung in der Rehabilitations-Klinik erscheint nur dann sinnvoll, wenn das vorhandene Angebot wenigstens in Ansätzen vom Patienten genutzt und eine gewisse Gemeinschaftsfähigkeit induziert werden kann.

2. Zum therapeutischen Milieu:

Auf den Stationen wird versucht, durch eine stabile und verlässliche Umwelt mit mitmenschlicher Anteilnahme; ein korrigierendes Klima zu schaffen. Wir messen dabei dem co-therapeutischen Gruppeneinfluß der übrigen Mitpatienten die größte Bedeutung zu. Die Erfahrungen, daß eine sog. Geschlechtermischung überwiegend Vorteile habe (Belebung, geordneteres soziales Verhalten, Körper- und Kleiderpflege, Gruppenaktivitäten, Durchführung von Sozialprogrammen) können nur bestätigt werden. Inwieweit die vorhandene — in Relation zu Landeskrankenhaus-Verhältnissen „luxuriös“ anmutende — Möblierung und innenarchitektonische Ausgestaltung ein „wohnliches“ Gefühl vermittelt, kann nur schwer beurteilt werden. Auf die bisherige Entlassungsquote hat die Ausstattung u. E. keinen entscheidenden Einfluß gehabt. Aus bekannten psychologischen Gründen sahen alle Patienten, die in ihr häusliches Milieu (und sei dieses auch pathologischer Natur) zurückkehren konnten, ihrer Entlassung gefaßter entgegen, während bei Vermittlung des Patienten in ein Heim die Trennung von der Station schwerer fiel.

3. Zur Teamarbeit:

Die Team-Mitglieder sind sich dahingehend einig, daß spontane Aktivität und Selbständigkeit der Patienten gefördert werden müssen, Das solidarische Handeln zielt darauf ab, den Patienten Hilfe zur Selbsthilfe zu geben. Selbst-Erfahrungsgruppen und Supervisionen können leider noch nicht durchgeführt werden. So sollen ein umfassender Informationsaustausch, konstruktive Diskussionen und Fortbildungsveranstaltungen zur kritischen Reflektion des eigene Vorgehens führen.

4. Zum therapeutischen Angebot:

Psychiatrische Rehabilitation kann in Anbetracht des oft wechselhaften Krankheitsverlaufs nur gestuft erfolgen. Das derzeitige therapeuti-

Tagesplan der Rehabilitationsklinik

| Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag |
|---|---|--|--|---|
| 7.30 Wecken u. Aufstehen 8.00–8.30 Frühstück | 7.30 Wecken u. Aufstehen 8.00–8.30 Frühstück | 7.30 Wecken u. Aufstehen 8.00–8.30 Frühstück | 7.30 Wecken u. Aufstehen 8.00–8.30 Frühstück | 7.30 Wecken u. Aufstehen 8.00–8.30 Frühstück |
| 8.30–9.00 Stationsbesprechung 8.30–8.45 Bewegungstherapie I 8.45–9.00 Bewegungstherapie II | 8.30–9.00 Stationsbesprechung 8.30–8.45 Bewegungstherapie I 8.45–9.00 Bewegungstherapie II | 8.30–9.00 Stationsbesprechung 8.30–8.45 Bewegungstherapie I 8.45–9.00 Bewegungstherapie II | 8.30–9.00 Stationsbesprechung 8.30–8.45 Bewegungstherapie I 8.45–9.00 Bewegungstherapie II | 8.30–9.00 Stationsbesprechung 8.30–8.45 Bewegungstherapie I 8.45–9.00 Bewegungstherapie II |
| 9.00–9.45 Gruppen- visite | 9.00–10.00 Fallvor- stellung 9.00– 9.45 Musikthera- pie Gruppe I 9.00– 9.45 Medienthera- pie Gruppe II | 9.00–9.45 Gruppen- visite | 9.00–9.30 Co-Therapeuten- besprechung | 9.00–9.45 Gruppen- visite |
| 10.00–11.30 Sozial- training A und B | 10.00–10.45 Gesprächstherapie 10.00–10.45 Beschäftigungsth. 10.00–10.45 Aktions-Gruppe 10.45–11.15 Nachbesprechung der Gruppen, Pers. | 10.00–11.30 Büro- training 10.00–11.30 Haushalts- training 10.00–11.30 Beschäftigungs- therapie | 9.30–11.00 Werktherapie 9.30–10.15 Konzentrations- übungen K 1 10.15–11.00 Konzentrations- übungen K 2 11.00–11.45 Gesprächsgruppe 11.00–11.45 Aktionsgruppe 11.45–12.15 Nachbesprechung der Gruppen | 10.00–11.00 Rehabilitationsbe- sprechung, Pers. 10.00–11.00 Musik- therapie II 10.00–11.00 Medien- therapie I 11.00–11.45 Entspannungs- training |
| 12.00–12.30 Mittagessen 12.30–14.30 Mittagsruhe | 12.00–12.30 Mittagessen | 12.00–12.30 Mittagessen 12.30–14.30 Mittagsruhe | 12.00–12.30 Mittagessen 12.30–14.30 Mittagsruhe | 12.00–12.30 Mittagessen 12.30–14.30 Mittagsruhe |
| 14.30–16.30 Werktherapie 14.30–16.30 Beschäftigungsth. 14.30–16.30 Bürottraining 14.30–16.30 Haushalt- training | 13.45–14.30 Stations- versammlung 14.30–16.00 Fortbildung, Personal 15.30–17.30 Sport | Gemeinsam zu gestaltender Nachmittag für Patienten | 13.30–14.30 Team, Pers. 14.30–16.30 Werktherapie 14.30–16.30 Beschäftigungsth. 16.30–17.30 Themenzentrierte Gruppe | 14.30–16.30 Werktherapie 14.30–16.30 Bürottraining 14.30–16.30 Beschäftigungs- therapie |
| 18.00–18.30 Abendessen | 18.00–18.30 Abendessen | 18.00–18.30 Abendessen | 18.00–18.30 Abendessen | 18.00–18.30 Abendessen |

sche Angebot, das aufgrund eines multiprofessionellen Mitarbeiterstabs sehr vielgestaltig sein kann und neben der medizinischen vor allem die soziale Dimension mit einbezieht, ist im Tagesplan (siehe Abbildung) festgelegt. Jeder Patient erhält sein eigenes Programm, dessen Verwirklichung weitgehend seiner Selbstkontrolle unterliegt, doch auch sog. Fremdantriebs bedarf. Die Einführung eines Punkte-Systems scheint die Motivation zur aktiven Teilnahme zu fördern. Neben Beschäftigungs- und Werktherapie liegt das Schwergewicht auf Sozialprogrammen mit Küchen-, Haushalts-, Büro- und Konzentrationstraining.

In erster Linie wird unter gruppenspezifischen Gesichtspunkten die Bewältigung unbedingt nötiger täglicher Verrichtungen im, Hinblick auf eine weitgehende Selbständigkeit im Wohn- und Arbeitsbereich trainiert. So werden z. B. auch das Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel, Stellungsuche nach Zeitungsannoncen, Vorstellungsgespräch beim Arbeitgeber und das Gestalten von Freizeit geübt. Der Bewegungstherapie im weiteren Sinne (Gymnastik, Sport, Aktionsgruppe) wird bei den vorwiegend antriebsgeminderten, zu Somatisierung neigenden Patienten eine besondere Bedeutung zuerkannt. Eine Gesprächsgruppe findet zweimal wöchentlich statt. Die Gruppensuche macht besonders deutlich, wie wichtig das gegenseitige Beziehungsgefüge zwischen Patient und Personal für den einzelnen Patienten mit seinen Schwierigkeiten ist. Ein Abend- und Wochenendprogramm ist in Vorbereitung.

Die stufenweise Eingliederung ins Erwerbsleben wurde durch das „Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation“, das am 1.10.1974 in Kraft trat, legalisiert. Belastungserprobung und Arbeitstherapie werden als neue Leistungen der Krankenpflege zur Pflicht gemacht, die Durchführung dieser Maßnahmen muß sich allerdings erst einspielen. Es muß in der weiteren Entwicklung damit gerechnet werden, daß neben der Werktherapie irgendeine Form industrieller Fertigung in die Abteilung hineingenommen werden muß (eine Werkhalle ist erst für 1977 geplant). Auf die Schwierigkeiten einer Arbeitsvermittlung braucht man in Anbetracht der gegenwärtigen Konjunkturlage nicht besonders hinzuweisen. Es soll aber ausdrücklich gesagt werden, daß es auch heute noch gelingt, Arbeitgeber im persönlichen Gespräch dazu zu motivieren, einem psychisch Kranken einen Arbeitsplatz zum Training (freilich zur Zeit meist ohne Bezahlung) zu überlassen.

5. Zur Kooperation:

Die Rehabilitationsklinik ist eine stationäre Einrichtung im sektoralisierten Versorgungssystem. Mit soziotherapeutischen Maßnahmen sollen

Antrieb, Auffassungsvermögen und Stetigkeit, Gruppenkontakt, Kritikfähigkeit und Selbständigkeit (auch im Freizeitbereich) soweit geübt werden, daß für den Patienten zumindest eine Entlassung in sog. Übergangseinrichtungen der Wohn- und Arbeitswelt in Frage kommt. Dies setzt die Kooperation mit den Trägern komplementärer Dienste (und ggf. konsiliarische Weiterbetreuung) voraus. Nur so kann der Weg des Kranken von der Klinik in die Gemeinde zurückgebahnt werden.

6. Zur poststationären Nachsorge:

Diese läßt sich in der Regel über den weiterbehandelnden Nervenarzt sicherstellen. Es sind aber auch in Einzelfällen extramurale Aktivitäten des Psychiatrischen Sozialdienstes einer Klinik denkbar, wenn die Anzahl der niedergelassenen Nervenärzte in einer Region zu gering ist, wenn aufgrund krankheitsbedingter Uneinsichtigkeit des Patienten eine im wahrsten Sinne nachgehende Fürsorge erforderlich ist und wenn die Vielfalt der sozialen Probleme (Familie, Wohnung, Arbeit) derart gravierend ist, daß nur ein sozialpsychiatrischer Stab die zeitaufwendigen und intensiven Wiedereingliederungsbemühungen übernehmen kann. Bezogen auf die Gesamtmorbiditätsrate von psychischen Erkrankungen benötigen insbesondere die Schizophrenen nach Abschluß des akuten psychotischen Schubs rehabilitative, kontinuierliche Hilfe. Mit 37% des Krankenbestands in den Fachkrankenhäusern stellen sie mit Abstand die stärkste Diagnosegruppe (Zahlenangabe aus der Enquete, Bundestagsdrucksache 7/4200, Stand 30. 5. 73). Nur eine intensive, lückenlose Nachsorge, die neben ausreichender psychopharmakologischer Weiterbehandlung die psychosozialen Aspekte mit einbezieht, wird die Neigung zur Chronifizierung bzw. zu gehäuften Rezidiven verhindern helfen können. Es ist in diesem Zusammenhang anzumerken, daß bisher so gut wie keine meßbaren Rehabilitations-Erfolgskriterien entwickelt worden sind. Soziale Variablen beim Patienten aber auch bei der Bevölkerung haben sich vielen Untersuchern als relevanter erwiesen als psychopathologische Kriterien.

Es sei abschließend betont, daß Rehabilitation ein anspruchsvolles Ziel ist, das nur durch hinreichende personelle und materielle Ausstattung angestrebt werden kann. Die therapeutische Haltung der Betreuer und die Motivationsquellen des Patienten müssen sich dabei ständig dynamisch verflechten. In Anbetracht schwieriger Krankheitsverläufe und oft noch gegebener therapeutischer Unzulänglichkeiten wird schon in Erreichung von Teilzielen des Wiedereingliederungsbemühens des Kranken, schon in seiner Bewahrung vor asylrierender Isolierung, ein Teilsozialisierungserfolg zu sehen sein.

Übergangsheime, Wohnheime und Wohnangebote anderer Art in der gemeindenahen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

W. Pöhler

Wohnen psychisch behinderter Menschen stellt zweifellos ein komplexes Thema dar, das eben darum einer mehrschichtigen Betrachtung bedarf.

I. Der anthropologische Aspekt

Wohnen als pure Unterkunft mit Verpflegung anzusehen, ist platter Unsinn. Das muß gleich zu Anfang um so deutlicher gesagt sein, damit ein ökonomisches Minimum nicht als therapeutisches Maximum hingestellt wird. Im Gegenteil: Wohnen muß geradezu gelernt werden, nicht minder als durch Wohnen das Leben. Denn was bedeutet Wohnen? Befragen wir unsere eigene Erfahrung, so lautet die Antwort: Eigenständigkeit, Geborgenheit, Nachbarschaft. Wohnen braucht diese Elemente, gibt sie, verknüpft sie. Was ist das Gegenteil von Wohnen? Entwurzelung, das Dunkel des Unbehausten. Was führt zum Wohnen? Die Sehnsucht nach Beheimatung, nach Endgültigkeit. Das Verlangen nach dem Ort der Zugehörigkeit, nach dem Ort, der Halt gibt, an dem das Herz hängt.

Wir sehen, dem psychisch behinderten Menschen zu wohnlicher Existenz zu verhelfen — im Übergang der Rehabilitation sowie auf Dauer — heißt mehr, als berufsfördernde Leistungen zu begleiten und zu sichern. Hier gilt es vielmehr, mit und für den persönlichkeitsgestörten und realitätsentfremdeten Menschen Schritt für Schritt ein Programm der Lebensbewältigung aufzubauen. Hier muß im und durch den unmittelbaren Lebensraum des Wohnens Leben erkennbar sinnvoll gestaltet werden.

II, Der psychohygienische Aspekt

Was muß eigentlich im Rahmen differenzierter Wohnangebote inhaltlich geschehen, um Erwerb und Erhalt der individuell-optimalen Selbständigkeit und Eingliederung zu verwirklichen? Mir scheinen vier Dinge notwendig zu sein:

Vertraut-werden mit Wohnen: Das heißt, vor allem wieder ein Gespür für Verwurzeln, für Hingehören, in diesem Sinn für Wohnkultur zu

bekommen, und daraus sich entwickelnd das Gefühl für Wärme, Behaglichkeit, Atmosphäre, überhaupt für die Gestaltung eines Zimmers oder eines Hauses. So kommen Lernprozesse des Wohnens in Gang, die gleichzeitig helfen sollen, mögliche Belastungen aus dem Verbund der übrigen Lebensbereiche aufzufangen und Ängste oder Spannungen zu mindern.

Sich im häuslichen Alltag bewähren: In den vielen Situationen des häuslichen und quasi-familiären Lebens muß insbesondere der Anfänger im erneuten Lernfeld des Lebens konkret lernen, die haushalts-technischen Dinge zu bewältigen, das allgemeine und das eigene Maß an Ordnung zu übernehmen, Gemeinschaftsaufgaben — wie etwa beim Hausputz, der Gartenpflege, den Festen — zu sehen und anzupacken, Preise zu vergleichen und einzukaufen, gemeinsame Mahlzeiten zu planen und zu bereiten, und so weiter. Darum mit Sicherheit: Wenn unsere Wohnangebote keine gestufte Hinführung zu menschlicher und wirtschaftlicher Selbständigkeit bieten, wird ein wesentlicher Faktor individueller Stabilität und sozialer Eingliederung verkümmern.

Zusammenleben lernen und leisten: Aus der Gemeinschaft des Wohnens soll Erfahrung und Gewinn gezogen werden. Aber auch der eigene Beitrag für eine solche Lebensgemeinschaft auf Zeit oder gar Dauer wird eingefordert. Denn die Ordnung einer Wohn-Gemeinschaft, ihre Zusammenkünfte und das Verhalten des Einzelnen leben von der Freiwilligkeit und der Verantwortung aller. Es gilt, sich selbst und andere besser zu verstehen, mit sich selbst und anderen besser umzugehen, Kontakte zu finden, das Miteinander einzuüben, Konflikte in der Gemeinschaft zu erkennen, zu lösen oder zu ertragen.

Die Chance der Muße begreifen: Im Lernen von Leben klingen Entspannung, Geselligkeit, Bildung, Hobby, Umgang mit Tieren und Pflanzen wie Selbstverständlichkeiten. Nur: der Mensch in seelischer Isolation und Antriebsschwäche muß seine Grundbedürfnisse erst wieder wecken und durchsetzen. Gerade im Wohnen als der Basis von Freiheit muß das Kaleidoskop wählbarer Möglichkeiten sichtbar werden, das Glück greifbaren Erlebens, das dem Menschen wenigstens eine Ahnung jener menschlichen Momentaufnahme nahebringt: es ist eine Lust zu leben!

III. Der finale Aspekt

Was brauchen wir also? Gehen wir aus von den Prinzipien der Individualität, der Intensität und des freien Sozialraums (der ein anderer als der primär klinische Behandlungsraum ist). Dann müssen wir folgende Erkenntnisse in die Wirklichkeit umsetzen:

- > Wohnen kann nur ein Teil ganzheitlicher Hilfe zur Selbsthilfe sein. Wohnen gehört zur Individuation und zur Sozialisation des Menschen, ist darum gebunden an die Bereiche der Selbstfindung, der Arbeit, der Freizeit.

- > Wohnen in Gemeinschaft muß gruppensdynamische Gesichtspunkte berücksichtigen und sollte Gruppengrößen von 6 bis 8 Mitbewohnern ermöglichen. Sowohl hinsichtlich größerer Wohnheime, wenn sie schon nicht zu verhindern sind, ah; auch im Blick auf die Zahl der Mitarbeiter haupt-, neben- und ehrenamtlicher Art.

- > Richtig geführtes Wohnen wird Isolation durch Sozialisierungsprozesse überwinden und psychische Stabilität fördern.

- > Wohnen zu mehreren, mit oder ohne sog. Betreuung, mindert einerseits Wohn-Kosten und andererseits Behandlungs-Kosten durch frühzeitiges Erkennen und Ergreifen kritischer Krankheitsphasen.

- > Wohnen in Nachbarschaft baut in der Regel öffentliche Vorurteile stärker und unmittelbarer ab als die Ghettosituation dies tun kann.

- > Wohnen von psychisch behinderten Menschen muß innerhalb der Wohnangebote, die wir mit formellen Begriffen belegen, wie Übergangsheime, Wohnheime, Wohnkollektive, die ganze individuelle und plurale Fülle der Lebens- und Wohnmöglichkeiten widerspiegeln wie das Leben im ganzen und übrigen auch. Ein Spiegel also auch der Mischung von Altersschichten, de- Geschlechter, der sozialen Herkunftsfelder, der beruflichen Situationen, der persönlichen Biographien und auch des Miteinanders und Füreinanders von Gesunden und seelisch bedingt Gesunden, des Lebens mit Therapeuten oder Soziotrainern oder ohne sie, nur mit der ambulanten Leine verknüpft, kurz oder lang gelassen.

Wohngemeinschaft für psychisch Kranke

R.-J. Hägebarth

Anhand eines konkreten Beispiels möchte ich die Möglichkeiten und Chancen, aber auch die Schwierigkeiten und Probleme, die ein Projekt „Wohngemeinschaft“ mit sich bringt, darstellen.

Wir gehen davon aus, daß es krankmachende Strukturen, pathologische Formen des menschlichen Zusammenlebens in einer Gesellschaft gibt. Ich möchte mich auf den „Mikrokosmos“ Familie konzentrieren, die in den ersten, entscheidenden Lebensjahren fördernd, hemmend oder gar zerstörend die seelische Entwicklung, den Sozialisationsprozeß, um es mit einem umfassenderen Begriff zu sagen, eines Menschen beeinflußt. Sichtbaren Ausdruck finden diese Störungen in der Art und Weise der Kommunikation — hier im umfassenden Sinn gemeint — der Familienmitglieder untereinander. Kommunikationsformen, die das einzelne Mitglied geradezu zwingt, sich so und nicht anders zu verhalten und unter Umständen pathologisch zu reagieren. Diesen verhängnisvollen Kreislauf zu unterbrechen, war und ist unser Ziel. Dabei gehen wir von der Erfahrung aus, daß es nicht nur notwendig ist, dem Patienten die Möglichkeit zu schaffen, alte Bindungen, insbesondere familiärer Art, abzuschwächen oder sogar vorübergehend zu unterbrechen, sondern neue, andere Beziehungen aufzunehmen und aufzubauen. Mit anderen Worten: es ist vielfach wenig hilfreich, einen Patienten zur Trennung von Angehörigen zu ermutigen, ihm vielleicht zu einer Wohnmöglichkeit zu verhelfen und ihn dann alleinzulassen. Beide Ziele: die Schaffung alternativer Wohn- und neuer Kommunikationsmöglichkeiten versuchen wir durch die Wohngemeinschaft zu erreichen.

Die Anfangsüberlegungen reichen bis in die erste Hälfte des Jahres 1974 zurück. Sie erwachsen aus der permanenten Konfrontation mit dem Problem: Wohin entlasse ich einen Patienten, welche Alternativen gibt es für ihn außer der Rückkehr in seine alte Umgebung? Diese Fragen bewegt insbesondere diejenigen Mitarbeiter einer stationären Einrichtung, die für die Entlassung oder unter Umständen sogar für die Nachbetreuung eines Patienten zuständig sind.

Nachdem man seitens der Arbeitsgruppe Kontakte zum Sozialamt aufgenommen und sich vergewissert hatte, daß man einer Unterstützung eines Projekts nicht abgeneigt sei, konnte eine Untergruppe der

Arbeitsgemeinschaft Stuttgart gezieltere Überlegungen zur Realisierung des Projekts anstellen. In dieser Untergruppe fanden sich diejenigen Organisationen zusammen, die an einer effizienten Nachbetreuung der Patienten interessiert waren: Die Klinik der offenen Tür, das Sozial- und Gesundheitsamt, das Bürgerhospital, der Caritasverband und die Evangelische Gesellschaft. Parallel dazu wurde eine Praktikantengruppe des Sozialamts von der Amtsleitung beauftragt, konzeptionelle Vorüberlegungen für ein Projekt Wohngemeinschaft anzustellen, die später zum Teil Eingang in unsere Konzeption fanden bzw. nützliche Anregungen enthielten. Nachdem sich die Arbeitsgruppe über die wesentlichen konzeptionellen Gesichtspunkte einig war, wurde uns sehr bald deutlich, daß wir mit theoretischen Überlegungen allein nicht weiterkamen, sondern alle weiteren Fragen und Probleme sich erst anhand konkreter Praxis beantworten und angehen lassen würden. Es wurde daher auf Abklärung gedrängt, welche Organisationen und Personen bereit wären, das Projekt zu tragen. Dazu kam noch, daß wir Wohnungsangebote hatten, die eine rasche Entscheidung notwendig machten. So konstituierte sich im Oktober 1974 das Arbeitsteam „Wohngemeinschaft“, bestehend aus zwei Sozialarbeiterinnen der Klinik der offenen Tür, einem Sozialarbeiter des Gesundheitsamtes, einer Sozialarbeiterin des Bürgerhospitals, einer Sozialarbeiterin des Caritasverbandes. Ferner gehören dem Team ein oder zwei Kontaktpersonen (derzeit ein Student) und ich als Vertreter des Sozialamts an.

Bei den Wohnungsangeboten handelt es sich um Wohnungen der Stuttgarter Wohnungs- und Siedlungsgesellschaft (SWSG), die von der Stadt bezuschußt wurden und ursprünglich für städtische Bedienstete vorgesehen waren. Zwei der Wohnungen a vier Zimmer haben eine Größe von 96 qm, eine Wohnung ä zwei Zimmer ist 70 qm groß. Sie liegen übereinander, jeweils im 11., 12. und 13. Stock eines Neubaus.

Die Miete liegt bei 600,— DM bzw. bei 400,- DM für die Zweizimmerwohnung. Die beiden größeren Wohnungen sind jeweils für max. 4 Klienten vorgesehen. Die kleine Wohnung ist für die Kontaktpersonen bestimmt. Das Sozialamt tritt als Hauptmieter auf und trägt auch das Ausfallrisiko. Sowohl mit den Klienten als auch mit den Kontaktpersonen werden Untermietverträge nach BG3 mit einigen Ergänzungen abgeschlossen. Die Zimmer haben eine Größe zwischen 8 und 21 qm.

Die Miete liegt zwischen 130,- und 190,— DM; hierin sind sämtliche Nebenkosten, außer Strom, enthalten. Die Basis „Untermietverhältnis“ hat für uns den Vorteil größtmöglicher Flexibilität im Verhältnis Klient — Arbeitsteam, aber auch im Verhältnis Arbeitsteam — Sozialamt und anderer Ämter. Ferner bleibt der potent eile Anspruch des Klienten auf öffentliche Mittel — sei es Sozialhilfe, Ausbildungsförderung oder

Wohngeld erhalten. Der Klient zahlt also nur die Wohnleistung — nicht die Betreuung. Wir wollten absichtlich jede Art von Entmündigung oder Bevormundung, wie sie sich unter Umständen in einem Pflegesatz ausdrückt, vermeiden. Noch ein weiterer Grund ließ und läßt uns diese Form als für unseren Zweck geeignet erscheinen: Wir erheben nicht den Anspruch, eine Therapeutische Wohngemeinschaft zu sein. Ich meine hier therapeutisch in einem strengen Sinne: nämlich als ein, nach bestimmten Methoden ausgerichtetes, ein mit bestimmten methodischen Angeboten versehenes Wohnangebot. Wir mußten aus zeitlichen, personellen und finanziellen Gründen davon Abstand nehmen.

Nun zur Frage: wen nehmen wir auf, wen halten wir für unsere Wohngemeinschaft geeignet? Wir formulierten zunächst einen Negativkatalog, was uns leichter erschien. Nicht aufgenommen werden also:

1. minderjährige Patienten, wobei wir davon insofern abweichen, als kurz vor der Volljährigkeit stehende Patienten durchaus aufgenommen werden,
2. Patienten mit Intelligenzdefekten,
3. Suchtkranke aller Art,
4. psychisch kranke alte Menschen
5. stark suizidgefährdete Patienten, **also Patienten, die schon mehrere Selbstmordversuche unternommen haben.**

Als positive Kriterien, die für die Aufnahme eines Klienten sprechen, sehen wir

1. einen erstmaligen stationären Aufenthalt an,
- 2, eine günstige Diagnose und darauf aufbauende Entwicklungsprognose.

Diese Kriterien haben dazu geführt, daß unsere Erstbelegung ausschließlich aus Klienten unter 30 Jahren besteht. Das Durchschnittsalter liegt bei 22¹/₂ Jahren. Die Spanne reicht von 18-27 Jahren. Davon befinden sich vier Patienten in einer Schul- bzw. Berufsausbildung, zwei Patienten sind berufstätig und ein Patient, dem wir vor kurzem gekündigt haben, ist ohne Beschäftigung. Es handelt sich also bei unseren Klienten überwiegend um junge Menschen, bei denen sich die Ablösung vom Elternhaus und die Identitätsfindung so krisenhaft gestaltet, daß das — Sie gestatten den etwas technischen Ausdruck — soziale Funktionieren derart eingeschränkt war, daß ein

klinischer Aufenthalt notwendig wurde und nach diesem Aufenthalt unbedingt flankierende Maßnahmen ergriffen werden mußten, die den Ablösungsprozeß und die Selbstfindung unterstützen. Das Aufnahmeverfahren sieht folgendermaßen aus: Die Klienten werden von demjenigen Teammitglied, dessen Institution den Patienten stationär behandelt hat, dem Team zur Aufnahme vorgeschlagen. Es wird ein kurzer Abriß zur Person gegeben and dargestellt, wo die Hauptschwierigkeiten liegen. Das Team entscheidet dann, ob es den Klienten zu einem Vorgespräch einladen soll oder ob es den Patienten für ungeeignet hält. Entscheidet das Team sich für den Klienten, so wird er zu einem Gespräch mit der Arbeitsgruppe eingeladen und dort ausführlich befragt, welche Vorstellungen, Wünsche, Hoffnungen er mit einer Wohngemeinschaft verbindet. Der Klient wird auch darauf angesprochen, worin er seine Hauptschwierigkeiten sieht; allerdings respektiert das Team, wenn er bestimmte Dinge, die dem Vorschlagenden unter Umständen bekannt sind, nicht ansprechen will. Nach diesem Vorstellungsgespräch entscheidet das Team über die Aufnahme oder Ablehnung; sie wird dem Bewerber ohne Begründung mitgeteilt. Ich möchte an dieser Stelle einfügen, daß wir zunächst ein anderes Verfahren durchführten. Die ersten Male fanden Gruppengespräche mit mehreren Interessenten statt. Dahinter stand folgender Gedanke: Ein wesentlicher Faktor für das Gelingen des Zusammenlebens auf so hautengem Raum, wie es eine Wohngemeinschaft zwangsläufig darstellt, ist das Vorhandensein einer gewissen Sympathie zwischen den einzelnen Mitgliedern — zumindest aber das Fehlen starker Antipathien. Wir beabsichtigten also, dem einzelnen Interessenten eine weitere Entscheidungshilfe und zwar emotionaler Art an die Hand zu geben, die es ihm erleichtern sollte, sich für oder gegen den Einzug in die Wohngemeinschaft zu entscheiden. Von diesem Verfahren sind wir wieder abgekommen. Es zeigte sich, daß das Team sich in einer Gruppensitzung kaum ein Bild von dem einzelnen Klienten machen konnte, die Sitzungen aber auch nicht in einem so gelösten Rahmen stattfanden, daß sich die Klienten näher kennenlernen konnten. Ein weiteres Problem ist die Beteiligung der Betroffenen, d.h. die Frage: Sollen die Klienten ein Mitspracherecht bei der Aufnahme neuer Mitglieder haben oder nicht? Und zweitens: Wenn ja, wie kann es praktikabel gehandhabt werden? Folgendes Verfahren soll zukünftig praktiziert werden: Neben dem Vorstellungsgespräch wird der Interessent an einer Gruppensitzung der Wohngemeinschaft teilnehmen. Auf diese Gruppensitzung werde ich an anderer Stelle noch näher eingehen. Die Gruppe kann ein Votum pro oder contra abgeben. Das Team äst daran allerdings nicht gebunden. Ob sich diese Lösung bewährt, muß die Zukunft zeigen. Dem Klienten werden innerhalb der Wohngemeinschaft folgende Maßnahmen angeboten:

1. Mindestens einmal im Monat findet eine gemeinsame Sitzung der Wohngemeinschaftsmitglieder und der beiden Kontaktpersonen unter Leitung des Teammitgliedes; vom Caritasverband statt. Die Klienten gaben uns zwischenzeitlich zu verstehen, daß sie an wöchentlichen Sitzungen interessiert sind. Auf die Konflikte, die sich an den Gruppensitzungen in der ersten Zeit zwischen den Bewohnern und dem Arbeitsteam entzündeten, komme ich noch zurück. Auf diesen Sitzungen sollen die Probleme, die das Zusammenleben zwangsläufig mit sich bringt, und Lösungsmöglichkeiten angesprochen werden. Die Probleme können sowohl den äußeren Rahmen betreffen als auch Störungen im Beziehungsgeflecht der einzelnen Mitglieder untereinander. Voraussetzung ist: daß die Schwierigkeiten von den Klienten selbst eingebracht werden.
2. Von nicht zu unterschätzender Bedeutung sind die beiden Kontaktpersonen, die im selben Haus wie die Wohngemeinschaft leben. Sie sind das Bindeglied zwischen der Wohngemeinschaft und dem Arbeitsteam. Sie stehen den Klienten als ständige Gesprächspartner zur Verfügung. Sie gehen selbst auf einzelne Klienten zu, wenn sie den Eindruck haben, daß er sich zurückzieht und abkapselt. Ferner versuchen sie, die Gruppe insgesamt oder Teile von ihr zu gemeinsamem Tun im Freizeit- und Wohnbereich zu animieren. Die Kontaktpersonen sind in der Ausgestaltung ihres Engagements an kein ausformuliertes Konzept gebunden. Festgelegt ist lediglich die Teilnahme an den im 14tägigen Rhythmus stattfindenden Teamgesprächen und obengenannten Gruppensitzungen. Derzeit gehört unserem Team nur eine Kontaktperson an - und zwar ein Student der Geographie und Biologie; allerdings hat sich ein weiterer Interessent schon gemeldet. Die Kontaktpersonen erhalten als Aufwandsentschädigung einen Beitrag in Höhe der Miete (ca. 200,— DM), wohnen also kostenlos.
3. Es wurde mit den Klienten vereinbart, daß sie sich bei schwerwiegenden Problemen, die sie nicht mit einer der Kontaktpersonen besprechen wollen, jederzeit an eines der Teammitglieder aus der entsendenden Einrichtung wenden können, wovon in der Praxis unterschiedlicher Gebrauch gemacht ward.
4. Wir beabsichtigen in größeren Abständen Wochenendfreizeiten mit den Klienten und dem Team durchzuführen. Eine erste hat vor kurzem stattgefunden und war unseres Erachtens sehr nützlich.

Bevor ich zum Schluß komme, will ich doch auch die Schwierigkeiten anreißen, die bei der Durchführung dieses Projekts auftraten.

1. Wenn wir heute noch einmal eine Wohnmöglichkeit zu suchen hätten, würden wir größere Wohnungen bzw. ein Haus vorziehen. Obwohl beide Klientenwohnungen im selben Haus nur einen Stock weit auseinanderliegen, wird die Kommunikation zwischen den Bewohnern erschwert, entsteht nur sehr schwer Gruppengefühl. Außerdem erscheint uns die Belegungszahl von vier Klienten als die unterste Grenze.
2. Die Suche nach geeigneten Kontaktpersonen erweist sich nicht immer als ganz leicht. Obwohl ich die umliegenden Universitäten, pädagogischen Hochschulen und Fachhochschulen angeschrieben habe, war das Echo sehr gering. Wir wollen daher versuchen, Berufspraktikanten der Sozialarbeitspädagogik für dieses Projekt zu gewinnen. Vielleicht wird es sogar möglich sein, die Wohngemeinschaft als teilzeitliche Praktikumsstelle auszuweisen.
3. Die gegenseitigen Erwartungen und Verpflichtungen zwischen Betreuer-Team und Klienten müssen dem Einziehenden von Anfang an deutlich gemacht werden und auf ihre Einhaltung als Bedingung für den Verbleib in der Wohngemeinschaft bestanden werden. Das gilt insbesondere für die Gruppensitzungen. Wir mußten zunächst die Erfahrung machen, daß der Widerstand einzelner Mitglieder gegenüber gemeinsamen Gruppengesprächen so groß war, daß wir sie zunächst einstellten.
4. Als wichtig hat es sich weiterhin herausgestellt, die eigenen Aufnahmebedingungen genau zu beachten. Wir haben inzwischen einen Klienten entlassen, der nicht nach einem Klinikaufenthalt, sondern während einer ambulanten Betreuung aufgenommen worden war. Es zeigte sich, daß er nicht bereit war, auf eines unserer Angebote einzugehen. Er sah die Wohngemeinschaft als eine für ihn bequeme Möglichkeit an, seinen Neigungen wie bisher unbekümmert nachzugehen.

Positiv ist zu vermerken, daß bis heute keiner unserer Klienten einen erneuten Klinikaufenthalt antreten mußte. Durch den bisherigen Verlauf unseres Projekts wurde uns deutlich und fanden wir unsere Auffassung bestätigt, daß es im Bereich der Psychiatrie von elementarer Notwendigkeit ist, differenzierte Formen der Behandlung und Nachbetreuung zu entwickeln und anzuwenden. Die Form der Wohngemeinschaft scheint uns ein gangbarer Weg zu sein. Wir hoffen, daß wir mit unserem Projekt ein Stück zur Verwirklichung einer sozialen Psychiatrie beitragen.

Die psychiatrisch-psychohygienische Versorgung am Gesundheitsamt

K. Behrends

Allgemeine Aufgaben des Gesundheitsamtes

Die Aufgaben des Gesundheitsamtes im Bereich der psychiatrisch-psychohygienischen Versorgung haben sich in Nordrhein-Westfalen mit Inkrafttreten des „Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“ (PsychKG vom 2. Dez. 1969) beträchtlich erweitert. Standen bis dahin vernehmlich amtsärztliche Aufgaben und Kontrollmaßnahmen, wie die Überprüfung psychisch Gefährdeter, die Kontrolle Betäubungsmittelabhängiger, das Einleiten von Unterbringungsverfahren und die Bearbeitung von Eingliederungshilfen für Behinderte nach dem Bundessozialhilfe-Gesetz im Vordergrund, so ist durch die in den §§ 7 und 8 festgelegte Aufgabe der vorsorgenden Hilfen und durch die in den §§ 34 bis 36 definierte Aufgabenstellung der nachsorgenden Hilfen ein über die bisherige Arbeit hinausgehender Verantwortungsbereich geschaffen worden.

Die Situation der Stadt Düsseldorf

Im Gegensatz zu den übrigen medizinischen Aufgabenbereichen des Gesundheitsamtes wurde der Arbeitsbereich des Psychiatrischen Dienstes gesetzlich erweitert. Dadurch war es der Stadt Düsseldorf 1972 möglich, den Psychiatrischen Dienst, der bis dahin als gesonderte Abteilung des Gesundheitsamtes; lediglich von einem Psychiater geleistet wurde, auszugliedern und in Form von zwei Funktionsbereichen — Abteilung für Kinder und Jugendliche und Abteilung für Erwachsene — zusammen mit der Schulpsychologischen Beratungsstelle und der Stelle für Jugend- und Elternberatung in einer besonderen Organisationsform — dem Institut für Lebensberatung — zusammenzufassen¹. Damit wurde versucht, ein interdisziplinäres Zentrum zu schaffen, mit dem Ziel, eine möglichst optimale Beratung und Betreuung psychisch Kranker zu garantieren und verschiedene Leistungen „unter einem Dach“ und bürgernah anzubieten.

Der psychiatrisch-neurologische Dienst

Der psychiatrisch-neurologische Dienst ist mit seinen beiden Abteilungen für die Versorgung der etwa 660.000 Einwohner der Stadt Düsseldorf und ihrer 10 Stadtbezirke zuständig. Er hat alle Formen psychi-

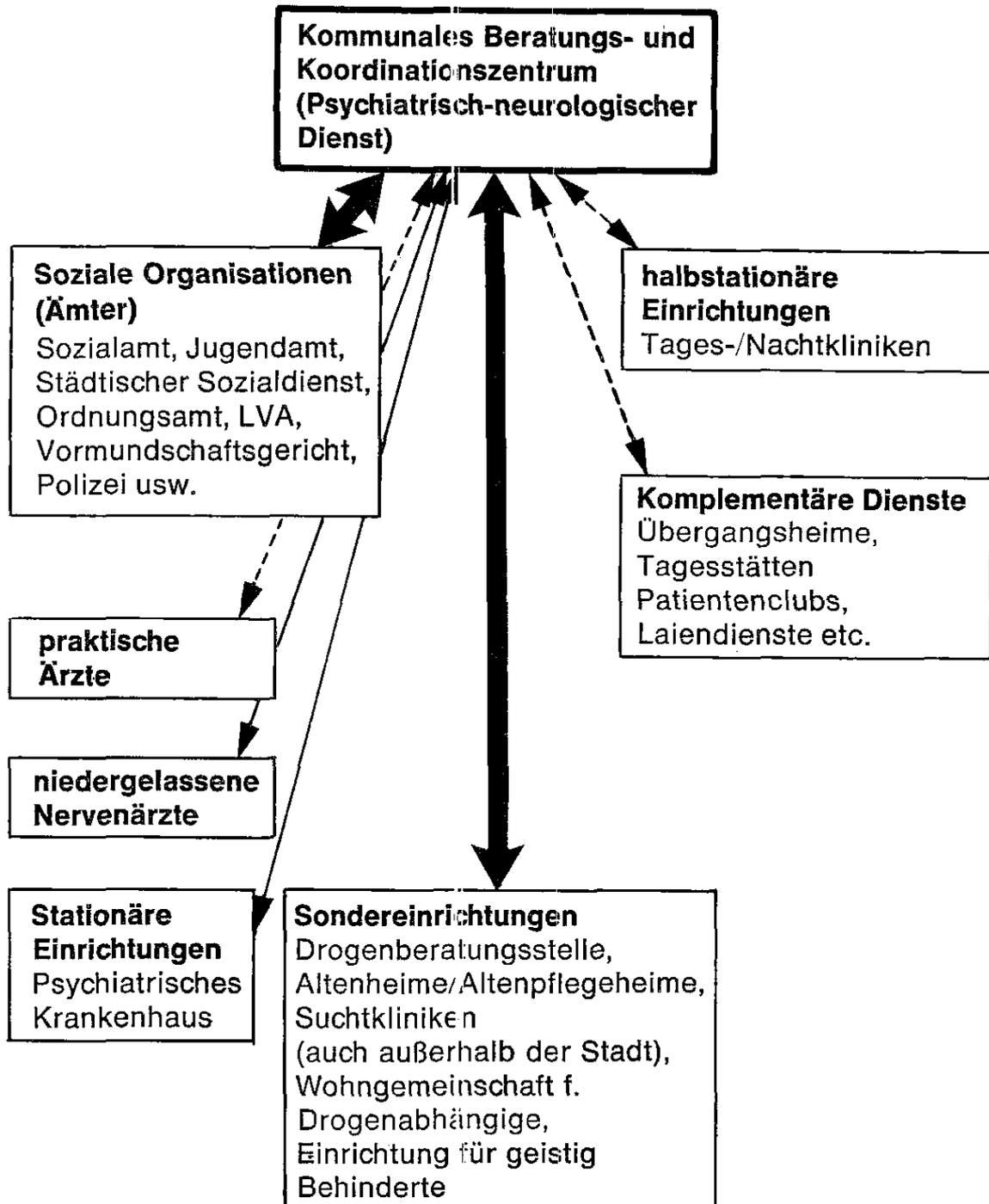
scher Störungen und daher Personen aller Altersstufen zu versorgen. Ganz wesentlich ist, daß neben der Beratung und Betreuung der betroffenen seelisch Kranken schwerpunktmäßig auch das soziale Umfeld, die Familienmitglieder, die Hausbewohner und die Arbeitskollegen in die Arbeit miteinbezogen werden. Hauptaufgaben des Dienstes sind: Prävention psychischer Krankheiten, Überweisung in stationäre und ambulante Einrichtungen, psychohygienische Beratung, gerichtliche und behördliche Begutachtung, Rehabilitationsberatung, Außenfürsorge in Zusammenarbeit mit dem Landeskrankenhaus Grafenberg und für den Bereich der Stadt Mannheim mit dem Landeskrankenhaus Langenfeld.

Im Gegensatz zu den niedergelassenen Nervenärzten und den Psychiatern des Landeskrankenhauses, die es vornehmlich mit einer bereits manifesten definierten Krankheitssituation zu tun haben, muß sich der gemeindepsychiatrisch tätige Facharzt im wesentlichen mit paraprofessionellen und paramedizinischen Einrichtungen und Berufsgruppen auseinandersetzen. Verschiedene Informationsebenen, Einstellungen und Meinungen über die Versorgung und Therapie psychisch Kranker, die manchmal eine Vielzahl sozialer Rollen ausüben, müssen beachtet werden. Problematisch sind: das Fehlen verbindlicher Einschätzungskriterien für akute und chronische psychische Morbidität, die Beurteilung allgemein-gefährlichen Verhaltens, die Bewertung von Beanstandungen und bestimmte Erwartungen der Öffentlichkeit, z. B. eine sofortige stationäre Einweisung zu vollziehen.

Die Effizienz des gemeindepsychiatrischen Dienstes ist nur dann zu garantieren, wenn enge Beziehungen zu möglichst allen anderen Einrichtungen der Stadt, die psychisch Kranke betreuen, bestehen und Kenntnisse über die Arbeitsweise, über die Quantität und Qualität dieser Dienste, z. B. die Effizienz von Hauspflegediensten, vorhanden sind. Insgesamt versteht sich der psychiatrisch-neurologische Dienst dabei eher als ein interdisziplinäres Aktionsprogramm denn als einzelne Einrichtung. Die möglichst frühzeitige Fallerfassung, die diagnostische Zuordnung, die Klassifikation von Krankheitsbildern, die Koordination von therapeutischen und rehabilitativen Hilfen sowie die Beratung psychisch Kranker und deren Angehöriger bestimmt die Hauptarbeit des Dienstes. Er versucht, damit eine Lücke im Versorgungsgebiet der Stadt zu schließen, die bisher meist in einer nicht ausreichenden vorsorgenden und nachsorgenden Betreuung durch Nervenärzte und durch das Landeskrankenhaus bestand.

Im psychiatrisch-neurologischen Dienst sind zur Zeit beschäftigt 3 Fachärzte (für Psychiatrie und Neurologie), 2 Ärztinnen (Schulärztinnen), 1 Diplom-Psychologin (Verhaltenstherapeutin), 7 Sozialarbeiterinnen, 2 Arzthelferinnen, 1 EEG-Laborantin mit EEG- und Suchtmittel-

Stellung der einzelnen Institutionen und Organisationen im Versorgungsgebiet (Zusammenarbeit mit dem psychiatrisch-neurologischen Dienst)



analyse-Labor, 1 Schreibkraft (bzw. der Schreibdienst des Instituts) und 1 Bürokräft².

Die Abteilungen des psychiatrisch-neurologischen Dienstes arbeiten mit folgenden Organisationen und Institutionen zusammen

- mit Ämtern und Behörden der Stadt, wie dem Städtischen Sozialdienst, dem Sozialamt, dem Jugendamt, dem Ordnungsamt, dem Schulamt, dem Vormundschaftsgericht, der Polizei, dem Arbeitsamt und den Gerichten
- mit den Einrichtungen der freien Wohlfahrtsverbände, z. B. den Altenheimen, den Pflegeheimen und den ambulanten Pflegediensten
- mit den Abstinenzverbänden sowie mit sonstigen rehabilitativen Einrichtungen, z. B. der Werkstatt für Behinderte
- mit anderen Abteilungen des Instituts und des Gesundheitsamtes
- mit den niedergelassenen Allgemeinpraktikern und Nervenärzten
- mit dem Landeskrankenhaus Grafenberg, den psychiatrischen Krankenhäusern St. Alexius, Neuß, dem Diakoniekrankenhaus Kaiserswerth
- mit anderen Fachkliniken, z.B. Suchtkliniken, mit Übergangseinrichtungen, die bis auf ein Alkoholiker-Übergangsheim noch weitgehend fehlen.

Diese Zusammenarbeit sieht im einzelnen folgendermaßen aus: Die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Ämtern der Stadt, insbesondere mit dem Sozialdienst, dem Sozialamt und dem Jugendamt konnte zunehmend verbessert werden. Hier besteht eine genauere Auswahl bei der Zuweisung von Klienten und ein guter Informationsaustausch. Ebenfalls wurde, was die Zuführung in Unterbringungsfragen angeht, mit dem Ordnungsamt eine verbesserte Kooperation möglich (z. B. schnelle Zuführung von Krisenfällen binnen einer Stunde).

Unzureichend ist die Zusammenarbeit mit dem Vormundschaftsgericht. Hierbei bestehen noch zu lange Wartezeiten (z. B. mehrere Wochen bis zur Einrichtung einer beantragten Pflegschaft oder Vormundschaft).

Was die Kooperation mit den Wohlfahrtsverbänden angeht, so ist durch die regelmäßige, gemeinsame Durchführung zweier Arbeitskreise — Arbeitskreis Altenhilfe, Arbeitsgemeinschaft Alkoholkrankenhilfe — auch hier eine befriedigende Zusammenarbeit und ein Erfahrungsaustausch über gemeinsame Probleme erreicht worden.

Mit den übrigen Abteilungen im Institut besteht insbesondere durch den jugendpsychiatrischen und sonderschulärztlichen Bereich eine enge Zusammenarbeit. Im Bereich der Lernbehinderten werden die Untersuchungen interdisziplinär, d. h. durch einen Psychologen, einen Arzt und eine Sozialarbeiterin geleistet. Zu den niedergelassenen Nervenärzten besteht noch kein ausreichender Kontakt, da nur wenige Kollegen Interesse für psychisch Alterskranke und Suchtkranke zeigen, vornehmlich Pharmakotherapie betreiben und zu wenig Hausbesuche ausgeführt werden. Hier hoffen wir durch eine geplante Sektorisierung der Stadt in bestimmte Einzugsbereiche eine verbesserte Koordination zu erreichen. Einige niedergelassene praktische Ärzte veranlassen vielfach Beratungen und diagnostische Abklärung. Hier ist jedoch die Kooperation noch nicht ausreichend geregelt, was vermutlich auch mit der Unkenntnis der Existenz und des Aufgabenbereiches des Instituts zusammenhängt.

Die Zusammenarbeit mit dem Landeskrankenhaus ist noch nicht befriedigend geregelt. Hier werden zum Teil Außenfürsorge-Aufgaben zusammen wahrgenommen. Für die Zukunft gilt es, gemeinsame Selektionskriterien für die Nachsorge zu erstellen, einen Suizidanten-Dienst einzurichten und festzulegen, wer für die zukünftigen Zusatzaufgaben verantwortlich ist. Im übrigen macht sich die unzureichende Anzahl halbstationärer Einrichtungen, wie z. B. das Fehlen einer Tagesklinik für psychisch Alterskranke, bemerkbar, insbesondere deshalb, weil das Landeskrankenhaus seine Bettenzahl inzwischen auf 1000 vermindert hat.

Sonderaufgaben des psychiatrisch-neurologischen Dienstes

In den letzten Jahren ist eine Verschiebung in den Beratungsbedürfnissen in Form einer Zunahme alterspsychiatrischer Fallberatungen sowie eine Zunahme betreuungsbedürftiger Alkoholkranker und Drogenabhängiger und psychisch kranker Rechtsbrecher zu verzeichnen. Dies hängt vermutlich damit zusammen, daß psychisch Alterskranke und Alkoholkranke in geringem Maße das Interesse der niedergelassenen Nervenärzte genießen, worauf bereits H. DILLING³ hingewiesen hat. Außerdem ist eine allgemeine Zunahme betreuungsbedürftiger Alkoholkranker und Drogenabhängiger zu verzeichnen. Im übrigen erklärt sich diese Tendenz damit, daß die Abteilung Erwachsenen-

Psychiatrie gleichzeitig die Drogenberatungsstelle der Stadt Düsseldorf psychiatrisch betreut.

Zu den weiteren besonderen Aufgaben des Dienstes gehört der zunehmend ausgebaute Kriseninterventionsdienst, der regelmäßig ein-bis zweimal pro Woche durch einen Facharzt und eine Sozialarbeiterin gemeinsam oder einzeln geleistet wird. Fahrer und Pkw stellt die Stadt zur Verfügung. Hierbei handelt es sich meist um Erstkontakte mit Risikopopulationen und akute psychische und soziale Krisen, die dem Psychiatrischen Dienst durch die städtischen Sozialdienste, durch die Familienangehörigen, durch die Polizei oder durch die Vertreter der caritativen Verbände bekannt werden. Im Rahmen eines Hausbesuches wird versucht, zunächst eine möglichst kontinuierliche ambulante Versorgung durch den Hausarzt bzw. durch die anderen ambulanten Dienste zu erzielen und eine stationäre Versorgung zu vermeiden. Die Festlegung psychiatrischer Morbidität in Form von Kurzuntersuchungen, Arrangement von Versorgungsdiensten, Prüfung von gesetzlichen Hilfsmöglichkeiten (Pflegegeld) und Motivationsstiftung zur Inangriffnahme ambulanter Therapie dienen u.a. der Vermeidung von Fehlplatzierung und einer unnötigen stationären Behandlung. Das Aufsuchen in der Wohnung erlaubt einmal eine unmittelbare Beurteilung des Stellenwertes sozialer Faktoren (Wohnsituation, soziale Isolation bei Alten) sowie meist die gleichzeitige Beratung der Familienmitglieder und Nachbarn. Im letzten Jahr wurden 340 Hausbesuche in allen Teilen der Stadt durchgeführt, wobei es sich im wesentlichen um bis dahin völlig unversorgte Kranke handelte.

Eine follow-up-Untersuchung zur Prüfung der Effizienz der geleisteten Dienste konnte nur in einem Drittel der Fälle durchgeführt werden. Ein Drittel der im Rahmen der Hausbesuche erfaßten Personen war über 60 Jahre alt und wurde nur vereinzelt fachärztlich betreut. Dabei ergab es sich, daß der größte Teil von ihnen für eine ambulante Betreuung geeignet war.

Hausbesuche sind also für die Vor- und Nachsorge bedeutsam, besonders wenn man berücksichtigt, daß laut Psychiatrie-Enquete in der Bundesrepublik nur 20% der aus einem Landeskrankenhaus entlassenen Patienten innerhalb von drei Monaten zu einem freipraktizierenden Nervenarzt gehen.

Eine weitere Sonderaufgabe stellt die Supervision einer halbstationären Einrichtung dar, die in Form eines Übergangsheimes für Alkoholranke ab Januar 1976 — zunächst mit acht, später mit zwanzig Betten — in Betrieb genommen wurde. Bemerkenswert ist außerdem die zur Zeit durchgeführte Schulung von Mitarbeitern und Sozialarbeitern anderer städtischer Einrichtungen. Einmal wird ein Fallseminar

mit den Vertreterinnen der Städtischen Sozialdienste zur Festlegung gemeinsamer Beurteilungskriterien durchgeführt, zum zweiten werden immer häufiger Institutionsberatungen, wie Beratungen von Lehrkräften, Leitern von Altenheimen und Altenpflegeheimen, erforderlich. Zusätzlich besteht ein Lehrauftrag für Sozialpsychiatrie an der Fachhochschule Düsseldorf.

Abschließend sei darauf hingewiesen, daß eine grobe Auszählung der im Jahr 1974 durch die Erwachsenen-Abteilung untersuchten und beratenen Fälle eine Fallzahl von $n = 2470$ ergaben (Einweisungen nach dem PsychKG lediglich $n = 42$). Es ließ sich feststellen, daß der Anteil der außerhalb der Institution geleisteten Beratungen (Hausbesuche, Fallberatungen, Öffentlichkeitsarbeit) gegenüber den institutionsbezogenen Leistungen (Diagnostik und Beratung) zunahm.

Dabei hat sich interessanterweise herausgestellt, daß die Beratungen unter dem Etikett „Institut für Lebensberatung“ häufiger in Anspruch genommen worden sind als frühere Einladungen in Form einer amtlichen Aufforderung wie z.B. „Das Gesundheitsamt der Stadt bittet...“.

Was die bisher erreichte und zukünftige Aufgabenstellung des Psychiatrischen Dienstes angeht, so ist anzumerken, daß er sich noch in einer Aufbauphase befindet. In der zur Zeit ablaufenden ersten Phase wurde eine verbesserte Fallidentifizierung im Bereich der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie durch verschiedene standardisierte Erhebungsbögen zum Erfassen psychopathologischer Symptome erreicht (z. B. Pflegeskala, Face-Hand-Test, Michigan-Screening-Scale für Alkoholiker etc.). Im weiteren wird versucht, intensiveren Kontakt mit den verschiedenen Zuweisungsorganisationen zu erhalten.

Die zweite Phase, die 1976 beginnen soll, umfaßt eine verbesserte Dokumentation der erhobenen Befunde. Hier ist daran gedacht, entweder einen Dokumentationsbogen, wie er von der Sozialpsychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg-Mannheim entwickelt wurde, einzuführen oder den der amerikanischen Untersucher LIEB, LIPSITCH, SLABY⁴ zu verwenden. Außerdem sollen ab 1976 die vorhandenen Krankenblattunterlagen verfilmt werden. Eine weitere Aufgabe für den Psychiatrischen Dienst wird der verstärkte Ausbau des Krisenteams sein, damit möglichst sofort nach [Bekanntwerden von auffälligem Verhalten eine Untersuchung und Beratung erfolgen kann — so auch nach 17.00 Uhr und an Wochenenden — unter Einbeziehung weiterer psychotherapeutisch tätiger Berufsgruppen (z. B. Verhaltenstherapeuten.)

Die dritte und letzte Phase in diesem Programm umfaßt die Sektorisierung des Versorgungsgebiets der Stadt Düsseldorf in Standardversorgungsgebiete von etwa 200000 Personen, wie es von der Enquete-Kommission empfohlen wird. Dies erfordert jedoch noch eine genaue Planung der Struktur des Versorgungsgebietes sowie eine Abklärung der Verantwortlichkeit der an der Versorgung beteiligten Institutionen und Organisationen.

Ein weiteres Ziel ist es, Therapiebefugnis für die beiden Abteilungen zu erhalten, wie es bereits von den Ärzten des Berliner Sozialpsychiatrischen Dienstes gefordert wurde. Dabei handelt es sich ausschließlich um die Therapie bisher nicht erfaßter, schwer erreichbarer und von der Versorgung durch Nervenärzte ausgeschlossener Populationen. Im übrigen ist eine Erhebung über die Effizienz von Hauspflegediensten gemeinsam mit dem Städtischen Sozialdienst vorgesehen, durch die wesentliche, für die Planung ambulanter Dienste notwendige Daten zu erwarten sind.

¹ Das Institut ist geographisch günstig gelegen. Fünf Autominuten vom Stadtkern, fünf Minuten vom Landeskrankenhaus, an der Kreuzung zweier Bus- bzw. Straßenbahnlinien und insofern von allen Stadtteilen schnell erreichbar.

² 1 Facharzt und 2 Ärztinnen sind halbtags tätig. Der Schulpsychologische Dienst ist mit 14, die Jugend- und Erziehungsberatungsstelle mit 4 Psychologen und 2 Psychagogen besetzt.

³ DILLING, H.: Nervenärzte in der Praxis — Probleme der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Psych. Praxis, Band 1, Heft 2, 1974.

⁴ LIEB, J., J. I. LIPSITCH und A. E. SLABY: The crisis team. A handbook for the Mental Health Professional. Harper & Row, New York, London.

Probleme und Zukunftsperspektiven einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung durch Tagesklinik, Nachtambulanz und extramurale Dienste

A. Veltin

Die Programmplaner werden es mir nicht übelnehmen, wenn ich im Hinblick auf die Themenstellung zu meinem Vortrag kritisch einwende, daß die Probleme und Zukunftsperspektiven einer gemeindenahen Versorgung nicht abgehandelt werden können, ohne die klinische Institution des Versorgungssystems in die Diskussion mit einzubeziehen. Denn dieses gehört zu meinen ganz wichtigen Erfahrungen in der jetzt 3jährigen Tätigkeit in Mönchengladbach-Rheydt, daß die einzelnen Glieder einer Versorgungskette in wechselseitiger Abhängigkeit voneinander stehen. Das soll heißen: Struktur und Funktion, therapeutisches Konzept und Arbeitsstil einer therapeutischen Einheit, auch ihr Verhältnis zur Gemeinde und Öffentlichkeit werden in hohem Maße beeinflußt und bestimmt von der Art ihrer Zuordnung zu den anderen Einheiten des Behandlungs- und Betreuungssystems. Zur Erläuterung dieses Gedankens ein Beispiel: Bei der Inbetriebnahme der psychiatrischen Landesambulanz Mönchengladbach-Rheydt im Herbst 1972 gingen von der schon seit 1969 auf dem Klinikgelände bestehenden Tages- und Nachtambulanz außerordentlich positive Impulse in die Aufbauphase des stationären Bereiches ein. Die therapeutischen Aktivitäten der Tagesambulanz und das dichte Kommunikationsgefüge zwischen Tages- und Nachtambulanzpatienten, den Angehörigen des Patientenclubs und ihren Therapeuten erwiesen sich als solide und fruchtbare Basis für die Entwicklung der Ambulanz. Andererseits brachte die unmittelbare Zuordnung der halbstationären Institution, die bis dahin als Tochterinstitution des etwa 20 km entfernt gelegenen Landeskrankenhauses Viersen geführt worden war, zum klinischen Bereich recht einschneidende Veränderungen für die Struktur und den Funktionsablauf der Tagesbehandlung mit sich. So hatte man in den vier Jahren bis zur Eröffnung der Ambulanz versucht, auch stärker gestörte Patienten in der Tagesbehandlung zu halten, wenn sie einmal zugewiesen worden waren, in den meisten Fällen mit Erfolg. In Krisensituationen wurden den Tagespatienten und Angehörigen des Patientenclubs Betten im Nachtambulanzbereich zur Verfügung gestellt. Heute erfolgt diese Art der Krisenintervention aus arbeitsökonomischen Gründen auf den Bettenstationen.

Die räumliche Nähe von stationärem und halbstationärem Bereich hat mithin bewirkt, daß ein bestimmtes Leistungspotential der halbstationären Einrichtung nicht mehr genutzt wird. Dafür wird ihr Leistungs-

vermögen an anderer Stelle verstärkt in Anspruch genommen; der raschere und unkompliziertere Übergang der Patienten von der Krankenstation in die Tagesklinik führt zu höheren Durchgangszahlen, als das in den Zeiten der Fall war, als die Entfernung zum stationären Bereich mehr als 20 km betrug. Zum Problem der Verschiebung von Leistungspotentialen noch eine Anmerkung: In Parallele zu der Möglichkeit, daß eine kombinierte halbstationäre Einrichtung in Krisensituationen für einzelne Patienten vollstationäre Funktionen übernimmt, können Krankenstationen in tagesklinische Funktionen eintreten. Wir machen davon Gebrauch vor allem bei Hausfrauen, die die Teilnahme am Programm der Tagesklinik bei Weiterführung ihrer Hausfrauenpflichten als Überforderung erleben; diese Patientinnen nehmen an einem eingeschränkten therapeutischen Programm auf den Krankenstationen teil, das ihnen genügend Zeit läßt, für Wohnung und Haushalt zu sorgen. Veränderungen in Aufgabenstellung und Funktion, wie sie sich für unsere Tagesklinik in der Vergangenheit ergaben, zeichnen sich in analoger Weise für unsere Nachtambulanz ab. In einigen Wochen stehen in einem durch unseren Hilfsverein angemieteten Haus sieben beschützte Wohnplätze zur Verfügung; Mitte nächsten Jahres wird das regionale Versorgungssystem um ein Wohnheim mit vierzig Plätzen erweitert. Mit dem Vorhandensein von beschützten Wohnmöglichkeiten reduziert sich der Bedarf an Nachtambulanzplätzen, eine Entwicklung, die auch anderenorts schon gemachten Erfahrungen entspricht. Wir haben die Absicht, das freiwerdende Bettenpotential der Nachtambulanz dem stationären Bereich zuzuschlagen. Das gibt uns die Möglichkeit, unser Versorgungsgebiet, das die neue Großstadt Mönchengladbach bisher nur gut zur Hälfte umfaßt, zu erweitern.

Diese Beispiele mögen genügen, um darzutun, daß die Zuordnung von Behandlungs- und Betreuungseinheiten zu einer Versorgungskette nicht allein als ein organisatorisches Problem verstanden werden kann, sondern daß gleichzeitig auch Fragen zu bearbeiten sind, die sich aus der wechselseitigen Beeinflussung der aufeinander bezogenen Einrichtungen ergeben.

Die Auswirkungen der Nähe und Ferne (räumlich und inhaltlich) zweier therapeutischer Einheiten auf Strukturen, Arbeitsstile, auf das wechselseitige Verständnis und die wechselseitige Verständigung dürften nicht nur den Fachmann interessieren. Sie können durchaus als Beispiele genommen werden für das Resonanzgeschehen zwischen einer Gemeinde und den ihr zugeordneten psychiatrischen Einrichtungen. Allein von der geographischen Lage her dürfte sich das Verhältnis von psychiatrischen Institutionen vergleichbarer Art zu ihren Versorgungssektoren unterschiedlich gestalten. Es macht einen Unterschied, ob man zur Klinik Mönchengladbach-Rheydt, die nur vier

Gehminuten von der Fußgängerzone der Innenstadt entfernt liegt, in die Stadt hineinfährt, oder zur Klinik Köln-Merheim in ihrer Stadtrandlage herausfahren muß. Der Krankenbesuch in der Klinik Mönchengladbach-Rheydt kann immer auch mit der Erledigung anderer Geschäfte verbunden werden und umgekehrt. Davon profitieren vor allem unsere gerontopsychiatrischen Patienten, deren Angehörige sich nicht selten am Nachmittag oder gar schon am Mittag auf der Krankenstation einfinden, um bei der Versorgung der Kranken zu helfen. Es sollte jedoch nicht verschwiegen werden, daß die räumliche Nähe der Klinik zum Stadtkern und zum Bahnhofsviertel auch Schwierigkeiten mit sich bringt, etwa in der Auseinandersetzung mit rückfälligen Alkoholkranken oder dissozialen Personen, die in den Abend- und Nachtstunden angetrunken ihre Kontaktbedürfnisse in einer eher destruktiven Art in der Klinik befriedigen wollen.

Beim Aufbau einer Versorgungskette mit dem stationären Anteil in Randlage wird man natürlich versuchen, halbstationäre Nachsorge und komplementäre Einrichtungen in eine zentralere Lage zu plazieren. Andererseits sollte man bei einer Klinik in Mittelpunktssituation eine Ballung der übrigen Dienste in unmittelbarer Nähe tunlichst vermeiden. So hat bei uns die Einrichtung eines Kontaktzentrums in Distanz zum stationären und halbstationären Bereich zu einer ausgesprochenen Belebung der Nachsorgeaktivitäten geführt. Das ehemalige Ladenlokal, dessen Anmietung wir uns angesichts unserer bescheidenen Mittel gerade leisten konnten, erweist sich schon jetzt als zu klein.

Ich will auf die Erörterung weiterer Detailfragen verzichten, um mit einigen Gedanken an das Grundsatzproblem der Beziehung psychiatrischer Institutionen zur Gemeinde 2U erinnern, daß nämlich die Umsetzung gemeindenaher psychiatrischer Planungen und Programme immer nur in dem Umfange möglich ist, wie es den in der Psychiatrie Tätigen gelingt, sich vom gewohnten institutionsbezogenen Denken und Handeln freizumachen. Man sollte die Schwierigkeiten, die die psychiatrischen Mitarbeiter in der Handhabung von Beziehungen haben, die über die Mauern klinischer Einrichtungen hinausreichen, nicht unterschätzen. Die Tatsache, daß den Krankenhausbetrieben eigene Kommunikations- und Interaktionsmuster nicht ohne weiteres auf den Umgang mit der Außenwelt übertragen werden können, bedingt, daß man vielerorts nur zögernd an die Realisierung extramuraler therapeutischer Aktivitäten herangeht, und daß manche positive Ansätze nur sehr stockend vorankommen.

Aus der eigenen Praxis dazu ein Beispiel: Die beiden Krankenstationen, die wir mit der Eröffnung der Klinik in Betrieb genommen hatten, drohten nach einiger Zeit unter Platzmangel zu leiden. Bei der Suche nach den Ursachen ergab sich, daß die Mitarbeiter auf der Station sich scheuten, Patienten, die aus ungünstigen Verhältnissen kamen,

zu entlassen. Sie glaubten, sicher zu Recht, diesen Patienten die Rückkehr in ihr mißliches Milieu nicht zumuten zu dürfen. Die einzig sinnvolle Alternative zu der Möglichkeit der Entlassung in die alte Umgebung oder des Verbleibs auf der Krankenstation, die Sanierung der häuslichen Verhältnisse auf dem Weg der Zusammenarbeit mit kommunalen und freigemeinnützigen Diensten war infolge der Einengung des Blicks auf die Gegebenheiten der Klinik gar nicht in Betracht gezogen worden.

Die institutionsbezogene Einstellung der psychiatrischen Mitarbeiter korrespondiert, das sollte man nicht übersehen, mit der Vorstellung der Gesellschaft von den psychiatrischen Institutionen: Das Bild des von der Umwelt abgeschlossenen Krankenhauses. Ich will in diesem Zusammenhang nur darauf verweisen, daß die unmittelbare Einweisung eines Patienten in die Tagesklinik immer noch die Ausnahme darstellt. Das liegt nicht allein an der Einweisungspraxis der niedergelassenen Ärzte, sondern ebenso an der mangelnden Motivation der Patienten für die neuartige Behandlungsformen sie sich auch noch am hergebrachten Modell der vollstationären Behandlung orientieren.

Wenn auch heute die Organe und die Bevölkerung einer Stadt oder eines Kreises bis auf Ausnahmen der Eröffnung psychiatrischer Institutionen durchaus positiv gegenüberstehen, in Mönchengladbach-Rheydt war und ist dies in hohem Maß;; der Fall, so heißt das nicht gleichzeitig, daß man mit einer spontanen Kooperationsbereitschaft aller Personen und Stellen rechnen kam, mit denen man glaubt, im Interesse auch von präventiven Maßnahmen zusammenarbeiten zu sollen. Für diese Zusammenarbeit müssen Menschen und Institutionen erst gewonnen werden; ein nicht immer leichtes Unterfangen, vor allem dann nicht, wenn die Vorstellungen und Auffassungen, die jene von ihren Aufgabengebieten und ihrer Arbeit haben, nicht ohne weiteres in Einklang mit den Intentionen einer gemeindenahen Psychiatrie zu bringen sind oder ihnen sogar widerlaufen. Ich darf auch diesen Aspekt an einem kleinen Beispiel erläutern: Wir haben in unserem Suchtkrankenbereich ein flexibles therapeutisches System entwickelt von stationärer Entgiftung, informativer Kurzbehandlung, einer differenzierten Langzeitbehandlung und einem ambulanten Behandlungsangebot mit Therapiegruppen, Angehörigengruppen sowie Freizeitaktivitäten (Patientenclub, Sportgemeinschaft, Hobbygruppe). Inhaltlich wird in diesem Konzept sehr stark auf die Selbstverantwortlichkeit und die Entscheidungsfähigkeit der Patienten abgehoben, es wird zudem versucht, den Behandlungsschwerpunkt in die ambulante Situation zu verlagern.

Dieses Behandlungskonzept weicht nicht unwesentlich von der noch weithin geübten protektiv-disziplinierenden Art des therapeutischen

Umgangstils mit den Suchtkranken ab. Wir mußten uns infolgedessen darüber mit den Suchtkrankenbetreuungsdiensten und den anderen Stellen in der Stadt, die unmittelbar mit Suchtkranken befaßt sind, auseinandersetzen, um zu einer einheitlichen Auffassung zu kommen.' Bis ein hinlänglicher Konsens erreicht war, zeigten sich nicht unerhebliche Spannungen im therapeutischen Feld, auf die eine Reihe von Patienten agierend antwortete.

Es gibt, um das im letzten Abschnitt Dargestellte zusammenzufassen, zwei Arbeitsschwerpunkte auf dem Weg zu einer gemeindenahen Psychiatrie, die in sehr enger Beziehung zueinander stehen:

1. Der intramurale Arbeitsschwerpunkt:

Die Motivierung der Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen, den institutionsbezogenen, an den unmittelbaren therapeutischen Bedürfnissen orientierten Arbeitsstil zu überwinden. Das wird um so eher und rascher gelingen, je kleiner die Einrichtung ist bzw. je stärker sie von vornherein auf die Ressourcen ihrer Umgebung angewiesen ist. Je größer die Institution ist, je mehr sie sich selbst genügt, desto schwieriger und langwieriger verläuft der Umstellungsprozeß. Das Problem erfährt durch die Einrichtung von Sozialdiensten und Ambulanzen allein, diese Anmerkung sei erlaubt, keine befriedigende Lösung.

2. Der extramurale Arbeitsschwerpunkt:

Die Einbeziehung der Angehörigen in den therapeutischen Prozeß, eine Aufgabe, die sinnvoll nur auf dem Weg der Gruppenarbeit gelöst werden kann.

Die Herstellung von Kontakten zu den kommunalen und freigemeinnützigen Diensten sozialer Art mit dem Ziel einer engeren Zusammenarbeit. Diese läßt sich nur erreichen bei vollem Respekt vor der Eigenständigkeit der Gesprächspartner und unter dem Gesichtspunkt, daß man Hilfen anbieten sollte, um Unterstützung zu erhalten.

Die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Probleme der psychisch Kranken. Dabei ist davon auszugehen, daß die gezielte Ansprache von kleineren Bevölkerungsgruppen, (Vereinen, Kirchengemeinden, Verbänden, politischen Organisationen) wirkungsvoller ist als der Weg über die Publizistik oder Veranstaltungen mit einem großen Publikum.

Für diese Bemühungen gilt, daß von ihnen der Wirkungsgrad therapeutischer, rehabilitativer und nicht zuletzt auch präventiver Maßnahmen entscheidend abhängt. Man sollte keine spektakulären Erfolge erwarten, man muß sich zunächst eher auf Fehlschläge und Rückschläge einstellen. Die Realisierung eines gemeindenahen psychiatrischen Programms ist in erster Linie eine Frage der Geduld und der Beharrlichkeit.

Das Psychiatrische Behandlungszentrum Köln-Merheim, ein Modell? Versuch einer Bilanz

M. Bergener

Die Rheinische Landeslinik Köln, Superlativ oder Modell? Ich bin bescheiden genug, ein Fragezeichen dahinter zu setzen. Als Psychiatrisches Behandlungszentrum ist es das erste seiner Art in der Bundesrepublik, von dessen gutem Gelingen für die Gesamtreform der Versorgung psychisch Kranker, wie es der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, Frau Dr. Katharina Focke, in ihrer Eröffnungsrede am 27. 11. 1974 zum Ausdruck gebracht hat, viel — wenn nicht Entscheidendes — abhängen wird. Wenn dieses Psychiatrische Behandlungszentrum die Erwartungen und Hoffnungen erfüllen kann, die mit dem Namen „Merheim“ verbunden werden, so könnte es nicht nur wegweisend sein, sondern auch bahnbrechend wirken für viele gleichartige Einrichtungen in der Bundesrepublik. Alle, die in diesem Behandlungszentrum tätig sind, sind sich dieser Schrittmacherrolle voll bewußt. Sie ist Bürde und Verpflichtung zugleich.

Versuch einer Bilanz, ist das nicht zu anspruchsvoll? Ich meine nicht. Bedeutet Bilanzziehen doch auch, sich einen Überblick verschaffen über die Auswirkungen vergangenen Geschehens. Nur so wird für uns die Entwicklung als Saldo erkennbar. Diese alljährlich zu erneuernde Bilanz ist mehr als eine kontenmäßige Rechtfertigung: sie ist für uns eine großartige Herausforderung. Durch Prüfung und Kontrolle wollen wir uns und der Öffentlichkeit Rechenschaft ablegen, um nicht zuletzt dadurch den Nachweis zu erbringen, daß Merheim keineswegs „etwas Draufgesetztes ist“, etwas, was wir uns eigentlich im Hinblick auf die „Misere der tausend Seiten*“ noch gar nicht leisten können. Ich bin davon überzeugt, daß es uns gelingen wird, neue Maßstäbe zu setzen, an denen sich nachfolgende Einrichtungen orientieren könnten. Dies allein würde schon den Aufwand rechtfertigen. Darüberhinaus erwarte ich jedoch, daß wir durch die hier in Merheim begonnenen evaluativen Forschungen schon bald belegen werden, daß der von verschiedenen Seiten als unangemessen und ungerechtfertigt angesehene Aufwand sich nicht nur kostensparender auswirkt, sondern der einzige Weg ist, auf dem sich humanere, zeitgemäße psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten verwirklichen lassen.

Da psychische Krankheit immer auch ein sozialer Prozeß ist, muß die Eingliederung/Wiedereingliederung eines psychisch Kranken in die Gesellschaft vorrangiges Ziel sein. Dabei ist es notwendig, sich vor

Augen zu halten, daß psychiatrische Einrichtungen ebenso antitherapeutisch wie therapeutisch wirken können; daß sie stets der Gefahr ausgesetzt sind, „als komplexe soziale Systeme eine institutionszentrierte Eigendynamik zu entwickeln und zu unterhalten, ihre Mittel zur sozialen Kontrolle des Patienten einzusetzen, anstatt auf dem Umweg über die Kontrolle von Krankheitssymptomen zu einer Erweiterung seiner Handlungs- und Lebensmöglichkeiten in einem dynamischen und flexiblen sozialen Bezugsgefüge" (FINZEN) beizutragen. Das besondere Dilemma der Psychiatrie sehe ich darin, daß sie an sich bereits über effiziente Behandlungsmethoden verfügt, ohne sie jedoch hinlänglich anwenden zu können. Weitgehend veraltete Anstaltsstrukturen lassen dies nicht zu. Hinderlich sind die nicht mehr zeitgemäßen inneren Organisationsformen psychiatrischer Krankenhäuser; reformbedürftig aber ist das System der psychiatrischen Versorgung überhaupt.

Wie dieses System geändert werden könnte, wird in dem „Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland" beschrieben. Gefordert wird ein bedarfsgerechtes, regional gegliedertes, abgestuftes System leistungsfähiger, einander ergänzender und leicht erreichbarer psychiatrischer und sozialer Einrichtungen, das psychisch Kranken und geistig Behinderten nach Art und Grad ihrer Beeinträchtigung jeweils bestmögliche Hilfe zuteil werden läßt. Als eine der wichtigsten Voraussetzungen wird nachdrücklich betont, daß die bisherige strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung aufgehoben wird. Unter anderem wird die Einrichtung psychiatrischer Sozialdienste als Instrument der Krisenintervention, vor allem aber zur Koordinierung psychiatrischer und sozialer Dienste, ihrer Einrichtungen und Träger vordringlich empfohlen. Nur unter diesen Voraussetzungen könnten sich die komplementären Dienste — Ärzte, Ämter, Heime, Beratungsstellen, Tages- und Nachtkliniken, beschützende Werkstätten und Einrichtungen für Behinderte — zu einer lückenlosen Versorgung zusammenschließen.

im Herbst 1974 wurde das Psychiatrische Behandlungszentrum Merheim nach dreieinhalbjähriger Bauzeit und einer sich über fast 10 Jahre erstreckenden Planung eröffnet. An seiner wechselvollen Vorgeschichte — ursprünglich als siebentes Landeskrankenhaus, später als Akutklinik für den Raum Köln und zur Entlastung des Rheinischen Landeskrankenhauses in Bonn geplant — läßt sich erkennen, wie sich unsere Vorstellungen über zeitgemäße Formen psychiatrischer Versorgung in den beiden zurückliegenden Jahrzehnten gewandelt haben. Unbelastet von den nach wie vor drückenden Hypotheken der psychiatrischen Landeskrankenhäuser wurde hier erstmals die Trennung der Versorgung von psychisch Kranken und geistig Behinderten

durchgeführt. Dem eigentlich klinischen Bereich wurden teilstationäre und rehabilitative Einrichtungen sowie eine Vorschaltambulanz (mit Ambulanz und Sozialdienst) angegliedert. Im Rahmen eines zweiten Bauabschnittes entstehen spezielle Abteilungen für die Behandlung Sucht- und Alterskranker. Welche Bedeutung den letztgenannten Einrichtungen für eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung zu kommt, zeigen u.a. die Aufnahmeziffern und die Belegungsstatistiken der Rheinischen Landeskrankenhäuser: mit 20—30 Prozent stehen die psychisch Alterskranken hier an der Spitze der Erstaufnahmen, Die Unterversorgung psychisch Alterskranker läßt sich u. a. zurückführen auf mangelhafte Koordination medizinischer und sozialer Dienste. Die gerontopsychiatrische Abteilung in Merheim soll daher als integrierendes Element eines geriatrischen Gesamtversorgungssystems in dieser Stadt verwirklicht werden. Als Mittelpunkt einer Vielfalt diagnostisch-therapeutischer, betreuender, beratender, präventiver und rehabilitativer Einrichtungen ist das Psychiatrische Behandlungszentrum in Merheim für den rechtsrheinischen Teil der Stadt Köln, d. h. für insgesamt etwa 400000 Einwohner zuständig. Für ein derartiges Gebiet ist eine zeitgemäße, gemeindenaher Psychiatrie ohne ein funktionsfähiges klinisches Behandlungszentrum nicht realisierbar. Ebenso muß und wird unser Bemühen und eine lückenlose Versorgung aber auch scheitern, wenn nicht zur Ergänzung komplementäre Einrichtungen, Wohnangebote und Übergangsheime, soweit noch nicht vorhanden, vordringlich geschaffen werden. Nur so wird sich das Netz psychiatrischer und sozialfürsorgerischer Hilfen lückenlos ergänzen und zusammenschließen lassen. Auch zeigt sich immer deutlicher, daß sich Gemeindenaher Psychiatrie nur unter der Voraussetzung engster Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Trägern und Behörden einer Stadt erreichen läßt. Daher werden wir nicht nachlassen, eine engere Koordination und Kooperation mit anderen medizinischen und sozialen Diensten und Einrichtungen dieser Stadt herzustellen.

ich habe vor einem Jahr der Hoffnung Ausdruck gegeben, daß für den vorstationären Bereich, die Ambulanz und den psychiatrischen Sozialdienst, die notwendige vertragliche Basis geschaffen wird. Leider haben sich diese Hoffnungen noch nicht erfüllt. Alle an der Beratung und Entscheidung dieser wichtigen Frage Beteiligten sollten sich bewußt sein, was ihr Ja oder Nein bedeutet. Ein Nein in dieser Frage ist m. E. ein Nein zur Psychiatriereform. Ein Nein würde alle erfolgversprechenden Ansätze auch hier in Merheim zunichte machen und zum Scheitern bringen. Und so revolutionär, wie wir heute, meist mit dem Blick auf europäische Nachbarländer, meinen, ist das alles sicher

***) das Wochenmagazin „Stern“ über die Psychiatrien-Enquete.**

nicht: so forderte bereits Wilhelm Griesinger (1817-1886) die Schaffung von Stadtasylen für psychisch Kranke für einen „transitorischen“ (vorübergehenden) Aufenthalt in Verbindung mit einem allgemeinen Krankenhaus. Ein Zitat, das inhaltlich dem Konzept des Merheimer Behandlungszentrums entnommen sein könnte, möge dies verdeutlichen: „In hohem Grade empfehlenswert sei es, daß bei jeder Anmeldung eines Aufnahmealles einer der Assistenzärzte der Anstalt die Obliegenheit hat, sobald als möglich selbst den Kranken in seiner Wohnung zu besuchen, um sich von der Sachlage, der Dringlichkeit der Aufnahme und der wirklichen Geeignetheit des Falles zu überzeugen. Es wird hierdurch auch der bedeutende Vorteil erreicht, daß der Arzt die bisherigen Verhältnisse des Kranken selbst sieht und mit den Angehörigen über die Anamnese konferieren, aber auch über die richtigen Anordnungen für den Transport des Kranken nach dem Orte seiner Bestimmung beraten kann.“ Soweit Griesinger, der bereits vor hundert Jahren das vorexerzierte, was man nun in Köln-Merheim versucht: nämlich eine Behandlung, die den psychisch Kranken nicht aus seinem Wohngebiet ausgliedert, sondern ihn möglichst in seinem Milieu, das stets ein wichtiger Faktor des Krankheitsprozesses ist, beläßt. Gleichwohl müssen wir uns immer wieder ins Bewußtsein rufen, daß psychische Krankheiten häufig chronische Leiden sind. Chronizität allein rechtfertigt aber keineswegs eine jahrelange oder gar lebenslängliche Unterbringung in einer Institution. Die Mehrzahl auch chronisch Kranker kann in ambulante Behandlung entlassen werden, oder aber in andere außerklinische Betreuungsformen überwechseln.

Ziel und Methode unserer Tätigkeit sollte darin bestehen, psychisch Kranke, wo immer es möglich ist, in die allgemeinen Lebensbezüge unserer Gesellschaft zu integrieren. Alles sollte sich darauf richten, Voraussetzungen zu schaffen, die Geeignet sind, eine günstige Umgebung für die seelische Gesundheit unserer Mitbürger zu verwirklichen. Speziellere Einrichtungen sollten immer nur dann in Anspruch genommen werden, wenn dies nach Ausschöpfung anderer insbesondere ambulanter und halbstationärer Möglichkeiten wirklich unumgänglich ist und sie eine für die Behinderung adäquate Behandlung bieten.

Daten und Fakten

Die Rheinische Landeslinik in Köln ist als Psychiatrisches Behandlungszentrum zuständig für die umfassende psychiatrische Versorgung des rechtsrheinischen Gebietes der Stadt Köln: Beratung, Krisenintervention, Konsiliardienst, Nachsorge, Koordination, Lehre und Forschung. Die funktionelle Zusammenfassung präventiver, diagnostischer, therapeutischer und rehabilitativer Dienst ermöglicht die Konti-

nuität einer umfassenden Regionalversorgung. In seiner ersten Ausbaustufe umfaßt das Merheimer Behandlungszentrum folgende Einrichtungen:

- Aufnahmeklinik mit sechs Stationen (165 Betten)
- Apparativ-diagnostische Abteilung (Biochemie, Elektrophysiologie, Neurologie)
- Abteilung für psychiatrische Intensivtherapie
- Tagesklinik (40 Plätze)
- Ambulanz und Sozialdienst mit multiprofessionellen mobilen Teams für extramurale Versorgungsaufgaben
- Klinisch-psychologischer Dienst

Eine psychotherapeutische Abteilung ist vorgesehen. In einer bereits begonnenen zweiten Ausbaustufe entstehen ein Zentrum für Gerontopsychiatrie, eine Abteilung zur Behandlung Suchtkranker und zusätzlich Sport- und Rehabilitationseinrichtungen. Die enge Kooperation mit anderen medizinischen und sozialen Einrichtungen sowie die ständige Zusammenarbeit mit der benachbarten Städtischen Krankenanstalt gewährleisten eine flexible ortsnahe Aufgabenerfüllung.

Die Einweisung in das Psychiatrische Behandlungszentrum kann durch den Hausarzt, den niedergelassenen Nervenarzt, unmittelbaren Kontakt der Patienten zum Behandlungszentrum und durch das Gesundheitsamt erfolgen.

Ambulanz verhindert unnötige Einweisungen

Abgesehen von akuten Notfällen, die direkt in die Aufnahmeklinik eingeliefert werden, wird jeder Patient zunächst in der Ambulanz untersucht. Hier wird geklärt, ob überhaupt und gegebenenfalls welche Behandlungsform — ambulant, halbstationär, stationär — notwendig ist.

Die Ambulanz trägt somit dazu bei, vermeidbare Krankenhauseinweisungen zu verhindern. Patienten, die nicht in eine der Abteilungen des Behandlungszentrums aufgenommen werden müssen, werden von der Ambulanz zeitlich befristet behandelt, sofern sie nicht an niedergelassene Nervenärzte vermittelt werden können. Die Patienten bleiben zu Hause und werden zur Behandlung in regelmäßigen Abständen in

die Ambulanz bestellt. Auch Patienten, die aus der stationären Behandlung entlassen wurden, werden, falls die Betreuung durch einen niedergelassenen Arzt nicht sichergestellt werden kann, von der Ambulanz nachbehandelt. Dadurch soll das Rückfallrisiko gesenkt werden.

Mobile Teams helfen bei Krisen — Modellfall einer bürgernahen ambulanten Versorgung

Oft sind es äußere Umstände, die zur psychischen Belastung führen, wie z. B. Unstimmigkeiten oder Notfälle in der Familie, Schwierigkeiten mit der Wohnung, am Arbeitsplatz oder Arbeitslosigkeit, Isolierung und Einsamkeit. In all diesen Fällen versucht der Psychiatrische Sozialdienst selbst oder durch die Vermittlung von Hilfen eine Brücke zu bauen. Bei Patienten, die in der Klinik behandelt werden, beginnt die Arbeit des Sozialdienstes bereits bei der Aufnahme. Mobile Teams stehen für den Einsatz vor Ort zur Verfügung. Ein[^] 24-Stunden-Krisenintervention ist vorgesehen, um in Notfallsituationen direkt helfend eingreifen zu können.

Schnelle Erfolge durch moderne Behandlungsmethoden

Die Aufnahmeklinik befindet sich in einem achtgeschossigen Hochhaus. Die Krankenzimmer haben zwei bis drei Betten. Da psychisch Kranke meist nicht bettlägerig sind, stehen ihnen modern eingerichtete Tagesräume zur Verfügung, außerdem eine Gymnastikhalle und Werkstätten für die Beschäftigungstherapie. Mit Ausnahme der beiden Wachstationen sind alle Stationen gemischtgeschlechtlich belegt. Es sind offene Stationen, wie in jeden anderen Krankenhaus auch. Zur Versorgung von Patienten mit lebensgefährlichen Vergiftungen nach Selbstmordversuchen, schweren Alkoholdelirien, sowie vital bedrohlichen Krampfstörungen wurde im Merheimer Behandlungszentrum mit hohem technischem Aufwand eine moderne psychiatrische Intensivstation eingerichtet.

Die durchschnittliche Verweildauer in der Aufnahmeklinik beträgt 24 Tage. Sie kann nach voller Inbetriebnahme des Behandlungszentrums — zwei Stationen wurden bisher noch nicht belegt — wahrscheinlich noch weiter gesenkt werden. Neben der Psychopharmakotherapie werden vor allem psychotherapeutische Kurzverfahren, beispielsweise die Gesprächspsychotherapie und die Verhaltenstherapie, eingesetzt. Als Diagnoseklinik bietet sich die Aufnahmeklinik auch für solche Fälle an, wo nur durch mehrtägige stationäre Beobachtung und Untersuchung ein klares diagnostisches Bild gewonnen werden kann. Durch die enge Zusammenarbeit mit Allgemeinkrankenhäusern, so z. B.

mit der benachbarten Städtischen Krankenanstalt Köln-Merheim, wird eine intensivere Partnerschaft zwischen Allgemeinmedizin und Psychiatrie verwirklicht.

Tags in der Klinik — abends daheim

Die Tagesklinik des Merheimer Behandlungszentrums ist die erste ihrer Art in Köln. Hier werden Patienten nur tagsüber behandelt. Die Nacht und das Wochenende verbringen sie bei ihren Familien. Der wichtige Kontakt zwischen Angehörigen und Kranken bleibt so erhalten. Die Tagesklinik hat zwei Funktionen: erstens ist sie für Patienten, die zuvor in der Psychiatrischen Klinik waren, die zweite Behandlungsstufe vor der Entlassung. Sie dient also als Schleuse nach draußen und mindert das Rückfallrisiko. Zweitens kann sie für Patienten, bei denen kein Grund für eine Krankenhausunterbringung vorliegt (beispielsweise akute Selbstmordgefahr oder ein Erregungszustand) die erste Behandlungsstufe sein. Die Gefahr von Hospitalisierungsschäden wird durch eine solche Behandlungsform gesenkt. Aufgenommen werden psychisch Kranke aller Art, mit Ausnahme von Alkoholdelirien, drogenabhängigen Jugendlichen und psychisch Alterskranken. Für Süchtige und Alterskranke werden im zweiten Bauabschnitt innerhalb des Merheimer Behandlungszentrums eigene Abteilungen mit tagesklinischen Einrichtungen geschaffen.

Mit dem Leiden leben lernen — Wiedereingliederung bei chronischer Behinderung

Rehabilitation psychisch Kranker, ihre Wiedereingliederung in die Gesellschaft ist ein anspruchsvolles Ziel. Alle Patienten, gleichgültig, wie chronisch krank sie sind, sind in dem Sinne rehabilitierbar, daß man ihnen helfen kann, in einem möglichst normalen sozialen Bezugssystem den besten Gebrauch von denen ihnen verbliebenen Fähigkeiten zu machen. Noch dauert es immer viel zu lange, bis Behinderte psychiatrischen Rat und Hilfe suchen. Die Aktivitäten der Rehabilitationsabteilung greifen weit über die enger gesteckten Grenzen des Klinikbereichs hinaus, ohne dabei utopische Ziele zu verfolgen. Durch zunehmende Rücknahme von Projektion soll eine „Resozialisierung nach innen“ — eine sozialpsychiatrische Variante des Anstaltshospitalismus — vermieden werden. Die Rehabilitation zielt dabei darauf ab, „psychisch Kranke auf ihre Entlassung in eine Gesellschaft vorzubereiten, deren Strukturen sich nicht durch die Konstruktion eines insularen therapeutischen Gegenmodells verändern lassen“ (BAUER). Rehabilitation versucht daher mit allen verfügbaren Mitteln, das in jeweiligen konkreten sozialen Situationen Mögliche zu errei-

chen. Zuflucht in ideologische Wolkenkuckucksheime ist dabei so wenig hilfreich wie Resignation. Die Arbeit in der Rehabilitationsabteilung geht von einer realistischen Beurteilung des in jedem Einzelfall Möglichen und Erreichbaren aus, wobei immer im Bewußtsein bleibt, daß psychische Krankheiten trotz der Fortschritte in der medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung häufig chronisch verlaufen und damit auch zu dauerhaften Beeinträchtigungen führen können.

Die Einweisung in die Rehabilitationsabteilung kann durch die Aufnahmeklinik, direkt über die Ambulanz oder einen niedergelassenen Arzt erfolgen. Für mittel- und längerfristige Behandlungen stehen hier 78 Betten, aufgegliedert in drei Stationen mit 2- und 3-Bettzimmern bereit. Um Selbstvertrauen, Verantwortungs- und Zugehörigkeitsgefühl für die Mitpatienten zu wecken und zu stärken, erledigen die Patienten viele Alltagsangelegenheiten selbst.

Es ist hinlänglich bekannt, in welchem Maße ideologische Auseinandersetzungen und Machtstreben die Psychiatrie in diesem Lande immer wieder in den Brennpunkt der öffentlichen Kritik gerückt haben. Ein Zustand, der sich nur durch ein Mehr an Wissenschaftlichkeit und Objektivität überwinden läßt. Die Einführung neuer Behandlungs- und Betreuungstechniken muß durch fortlaufende Effizienzforschungen begleitet werden, die über Erfolg und Mißerfolg Aufschluß geben. Evaluative Forschungen sind trotz mancher methodischer und praktischer Schwierigkeiten zu fordern, um die Orientierung an Theorie und wechselhaften Überzeugungen zugunsten einer Prüfung am Erfolg zu vermindern. Je systematischer evaluative Forschung betrieben wird, desto erfolgreicher werden die Entscheidungen sein, die die Fortentwicklung psychiatrischer Versorgungssysteme betreffen. Dabei ist ein hohes Maß an Objektivität notwendig, um, wie es WING formuliert hat, „den verhängnisvollen Umschwung von strategischer zu taktischer Forschung zu verhindern.“ Im Merheimer Behandlungszentrum bilden Epidemiologie und Evaluationsforschung neben Gerontopsychiatrie und psychophysiologischer Diagnostik sowie der Entwicklung neuer Test- und Therapieverfahren besondere wissenschaftliche Schwerpunkte.

Das Ziel des Psychiatrischen Behandlungszentrums ist es, neue Formen der Behandlung in der Psychiatrie zu realisieren, Neubauten sind damit nicht gleichbedeutend.

Psychiatrische Abteilung am allgemeinen Krankenhaus

H. Philipzen

Daß unsere seelisch kranken Mitbürger aus ihren Ghettos heraus, daß Psychiatrie gemeindenah betrieben werden soll, ist eine Forderung, die allgemein vertreten wird. Die Frage hat nur, wie nahe lassen wir die seelisch Kranken an uns heran, wollen wir sie ganz nah oder nur ein bißchen näher, geben wir ihnen nur die längst überfällige, sachgerechte Versorgung oder integrieren wir sie wirklich als Mitbürger in unsere Gemeinden.

Wenn man die Vorurteile unserer Bevölkerung den bestehenden psychiatrischen Einrichtungen gegenüber kennt, mag man abschätzen, was es für den psychisch Kranken heißt, mit seinem Versagenszustand oder auch mit seiner Schizophrenie in das gleiche Krankenhaus gehen zu können, in dem er vor einem Jahr seinen Blinddarm entfernen ließ oder seinen Leberschaden auskurierte. Die Patienten gehen häufig schon zu Beginn einer Erkrankung in die stationäre Behandlung, auch gehören Zwangseinweisungen zu den Seltenheiten: Ist doch ein Verlust von Sozialprestige durch den Ort der Behandlung nicht mehr zu befürchten.

Geht der psychisch Kranke durch die gleiche Krankenhaustür wie der körperlich Kranke, wird seine Sonderstellung revidiert, im Krankenhaus werden dann weitere Vorurteile abgebaut: Nach der Behandlung in der ersten akuten Phase sitzen die psychisch Kranken mit den Patienten der anderen Fachabteilungen in den Tagesräumen zusammen. Die Lust am Freitagskrimi und am Fußballspiel im Fernsehen ist größer als die Angst vor den Verrückten, in der Beschäftigungstherapie, beim autogenen Training und in der Gruppentherapie ergeben sich weitere gemeinsame Berührungspunkte.

Ein weiteres Argument für die psychiatrische Abteilung im allgemeinen Krankenhaus ist die Mitbenutzung des hochtechnisierten therapeutischen und diagnostischen Apparates der anderen Fachabteilungen. Man lernt es sehr bald schätzen, wenn man auch schwierigere Labor- und Röntgenuntersuchungen sofort, Tag und Nacht, für die Patienten anfertigen kann. Man kann diagnostische und therapeutische Zentren natürlich auch in psychiatrische Fachkrankenhäuser eingliedern. Aber in den allgemeinen Krankenhäusern sind sie nun schon einmal da, sind vor allem auch personell schon besetzt, werden durch die Mitbenutzung noch rentabler.

Ein weiteres: Fachgerechte psychiatrische Therapie ist heute nur noch durch die Mitarbeit von Fachärzten der anderen medizinischen Disziplinen möglich. Denkt man an die interkurrenten Erkrankungen, an die Diagnostik von exogenen Psychosen, an die Betreuung eines schwer deliranten Patienten, an einen bewußtlosen Patienten nach Selbstmordversuch: Diagnostik und Therapie dieser Krankheitsbilder sind heute ohne gesamtmedizinische Betreuung gar nicht mehr sachgerecht durchführbar.

Andererseits sind die übrigen Fachabteilungen eines allgemeinen Krankenhauses oft angewiesen auf den Rat des Psychiaters. Dänische Untersuchungen zeigen, daß 40% der Patienten einer internen Abteilung ein psychisches oder psychosomatisches Leiden hatten. Wir selber haben auf unserer internen Abteilung in einem Jahr bei insgesamt 1093 Patienten 278 Konsiliaruntersuchungen durchgeführt, also bei einem Viertel aller Patienten. Spricht man von der Misere der seelisch Kranken, meint man die Patienten in den Landeskrankenhäusern. Man sollte nicht vergessen, daß auch in unseren allgemeinen Krankenhäusern, vor allem auf den inneren Abteilungen, eine große Zahl psychisch Kranker liegt. Hier ist eine große Patientengruppe, die medizinisch unterversorgt ist; bei der Neueinrichtung von psychiatrischen Fachkrankenhäusern würde man diese große Bevölkerungsgruppe erneut vernachlässigen.

Es wird behauptet, daß bei der Einrichtung von psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern durch deren Attraktivität Kräfte aus den Landeskrankenhäusern abgeworben und sich dort die Personalprobleme noch verschärfen würden. Man muß sich dies sicher ernst überlegen:

In unserer Abteilung für klinische Psychiatrie im St.-Josef-Hospital in Bad Driburg kommt weder beim Pflegepersonal noch im ärztlichen Bereich, außer mir, jemand aus einer psychiatrischen Großklinik. Wir haben zu Beginn unserer Tätigkeit Krankenhausschwester und Hilfspersonal einer inneren Abteilung umgeschult. Eine Fortbildung ist durch die Aufnahme in das therapeutische Team gewährleistet. Bei unserer Ärztegruppe haben wir darüberhinaus die erfreuliche Feststellung machen dürfen, daß sich sogar Kollegen, vor allem aus inneren Abteilungen, einfinden, um die klinische Psychiatrie in ihre Ausbildung mit einzubauen. Ohne unsere Tätigkeit wären diese Kollegen mit der Psychiatrie nie in Kontakt gekommen. Wir meinen daher, daß psychiatrische Abteilungen in den allgemeinen Krankenhäusern sogar entscheidend mithelfen könnten, den verheerenden Mangel an Nervenfachärzten mit auszugleichen.

Lassen Sie mich zum Schluß etwas Wichtiges betonen: Wenn wir auch davon überzeugt sind und durch ausländische Erfahrungen darin

bestätigt werden, daß psychiatrische Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern die wohl z. Z. beste Versorgung für die akut seelisch Kranken darstellen, so besteht auch die Gefahr, daß eine solche Abteilung eine Zweiklassenpsychiatrie betreibt, daß man dort problemlose Patienten aufnimmt, die schwierigeren, aber auch die mittel- und langfristig Kranken in die Landeskrankenhäuser abschiebt. Um eine gerechte und funktionierende Versorgung der Bevölkerung aufzubauen, muß es daher eine strenge Forcierung an die neuen psychiatrischen Abteilungen in den allgemeinen Krankenhäusern sein, die Gesamtversorgung einer Region aufzubauen und sicherzustellen. Bei dieser schwierigen Aufgabe sollten sie allerdings die Unterstützung der dafür zuständigen Administrationen haben.

Die Versorgungssysteme werden je nach Region in der Form (Trägerschaft, Verknüpfung der Funktionsglieder untereinander usw.) verschieden aussehen müssen. Aber zwei Grundsätze sollten in alle Planungen mit einfließen:

1. Dem psychisch Kranken und geistig Behinderten muß je nach Verlauf seiner Störung das zukommen, was für die übrigen Mitbürger selbstverständlich ist: Eine Trennung zwischen Krankenhaus, Wohnung, Arbeitsort und Vor- und Nachsorge. Wir halten daher eine Trennung von Klinik, Arbeitsbereich, Wohnbereich und Vor- und Nachsorge für unabdingbar.

2. Eine wirkliche Integration der psychisch Kranken und geistig Behinderten in unserer Gesellschaft findet nur statt, wenn diese vier Bereiche nicht nur in den Gemeinden liegen, sondern gleichzeitig auch Funktionen für nicht psychisch Kranke und Nichtbehinderte erfüllen. Nur so bringen neue Strukturen die Bürger zusammen und verhindern, daß wir die Gestörten unter uns wieder abschieben, diesmal in neue, schöne, gemeindenahere Ghettos.

Wir haben versucht, in unserer Region, dem Kreis Höxter, nach diesen Grundsätzen zu verfahren.

1. Durch die Eingliederung unserer Abteilung für klinische Psychiatrie in die übrigen Fachabteilungen und Strukturen eines allgemeinen Krankenhauses.

2. Indem wir den sozialpsychiatrischen dienst, der zunächst an unsere Klinik gekoppelt war, ausgegliedert haben und ihn mit den gewohnten und von der Bevölkerung akzeptierten Diensten (der Erziehungsberatungsstelle, der Ehe- u. Familienberatungsstelle und der Suchtberatungsstelle) zu einem Beratungszentrum in eigener Trägerschaft zusammengefaßt haben.

3. Im Arbeitsbereich haben wir einen Industriebetrieb für die Integration Behinderter in die Arbeitswelt gegründet, die eng verbunden ist mit zwei Werkstätten für Behinderte konventioneller Art. In diesem Betrieb sind Gesunde und Behinderte gleichberechtigte Arbeitnehmer.

4. Im Wohnbereich, den wir jetzt strukturieren wollen, werden wir, möglichst weit gestreut, kleine, betreute Wohneinheiten für die Behinderten in den Gemeinden haben.

Lassen Sie mich zum Schluß zusammenfassen:

Wir halten die Einrichtung von Abteilungen für klinische Psychiatrie in den allgemeinen Krankenhäusern für unabdingbar.

Eine solche Abteilung muß verpflichtet werden, die drei anderen Bezirke aufzubauen, die man zur Gesamtversorgung einer Region braucht: Den Arbeitsbereich, den Wohnbezirk und den Bereich der Vor- und Nachsorge. Man sollte immer diesen drei Bezirken Funktionen für nicht psychisch Kranke und Nichtbehinderte zuordnen, denn nur wenn der eine Bürger mit dem anderen Bürger zusammenlebt, wird man eine wirkliche Integration der psychisch Kranken und Behinderten in unseren Gemeinden erreichen.

C. Kritische Anmerkungen
zum Konzept
der „Gemeindenahen Psychiatrie“

Gemeindenahe Psychiatrie und die Gefahr der Ungleichheit der Versorgung

A. Finzen

Eine in Hannover stattgefundene Arbeitstagung über die psychiatrische Versorgung einer Großstadt erbrachte ein ganz wesentliches Ergebnis: Nämlich in Hannover existiert ein kooperatives Gewürschel der Einrichtungen, die dort miteinander zusammenarbeiten sollten. Vielleicht sollte ich einen Augenblick bei Hannover verharren, weil es dort eine Reihe von Institutionen gibt, die uns zu dem Stichwort der Gefahr der Ungleichheit der psychiatrischen Versorgung führen. In Hannover gibt es eine Städtische Nervenlinik mit 110 Betten, die solange Aufnahmepflicht hat, bis sie voll ist, und das geschieht bei 500000 Einwohnern sehr schnell. Dann gehen die Patienten weiter an das zuständige Landeskrankenhaus mit Aufnahmepflicht. Es gibt im Großraum Hannover die größte Privatklinik Europas mit 1100 Betten, von denen aber die meisten für chronische Patienten da sind, die Warendorf'schen Anstalten in Uten, die keine Aufnahmepflicht haben. Es gibt in Hannover die Psychiatrische Klinik der Medizinischen Hochschule mit 100 Betten und einer Reihe von Übergangsplätzen, ausgebauten ambulanten Diensten, dies einen Sektor mit 100000 Einwohnern versorgen, und es gibt schließlich das zuständige Landeskrankenhaus mit im Augenblick noch 1200 Betten, das einen Einzugsbereich von 1,6 Millionen zu versorgen hat und das alle die Patienten aufzunehmen hat, die durch die Maschen des übrigen Versorgungssystems fallen. Und hier stellt sich gleich die Frage, die immer wieder dann gestellt wird, wenn man sich für eine gemeindenahe psychiatrische Versorgung ausspricht, wie ist es; denn mit der Gleichheit, mit der Gleichwertigkeit der psychiatrischen Behandlung, die die Patienten erfahren.

Nun ist es einleuchtend, daß die Situation derjenigen Patienten, also der 100000, die von der Medizinischer' Hochschule versorgt werden, eine ganz andere ist als diejenige der Patienten, die in der Städtischen Nervenlinik oder gar im Landeskrankenhaus versorgt werden. Für die 100000 Einwohner stehen etwa 40 akademische Mitarbeiter zur Verfügung. Die Klinik hat aus den 100 000 Einwohnern 600 Aufnahmen im Jahr. Sie hat ausführliche, weit ausgebaute ambulante Dienste. Dagegen stehen im Landeskrankenhaus für 1,6 Millionen Einwohner nur 30 akademische Mitarbeiter zu- Verfügung. Daraus kann man sehr einfach die Schlußfolgerung ziehen, daß hier in ganz anderer Weise behandelt werden muß, als das im Bereich der psychiatrischen

Klinik der Medizinischen Hochschule geschieht. Und wenn man die ambulanten Dienste im Raum Hannover betrachtet, dann wird das noch deutlicher. Im Sektor der Medizinischen Hochschule Hannover arbeiten je vier Ärzte und Sozialarbeiter im sozial-psychiatrischen Dienst. Außerdem hat die Stadt Hannover für diesen Sektor noch eine weitere Arztstelle zur Verfügung gestellt zur psychohygienischen Beratung. Auf diese Weise gelingt es in diesem Sektor, eine ganze Menge Patienten aufzuspüren und in Behandlung zu bringen, die sonst nicht sehr viel von den Wohltaten, manchmal zweifelhaften Wohltaten der Psychiatrie, gehabt hätten. Während offenbar in anderen Bezirken der Stadt viele Patienten der Aufmerksamkeit der Psychiater entgehen und möglicherweise der Psychiatrie entkommen. Ob es für jeden negativ ist, das wäre ein Punkt, den man diskutieren könnte und vielleicht auch sollte. Welche Patienten soll man denn behandeln? Wie weit reicht die Kapazität aus? Soll man überhaupt anstreben, überall soviel ambulante Dienste einzurichten, wie im Sektor der Medizinischen Hochschule? Oder soll man es etwa so machen, daß für die ganze übrige Stadt von 400 000 Einwohnern nur noch eine weitere Beratungsstelle zur Verfügung steht mit einer einzigen Arztstelle und zwei Sozialarbeiterstellen? Oder soll man irgendeine Lösung dazwischen anstreben?

Um hier einen ersten Bogen zu schlagen: Offensichtlich ist es so, daß im Raum Hannover, abgesehen von dem kooperativen Gewurschtel, zwischen den Einrichtungen eindeutig eine Ungleichheit der psychiatrischen Versorgung besteht, obwohl sowohl das Landeskrankenhaus wie die Medizinische Hochschule Sektoren versorgen. Auf der anderen Seite muß man natürlich sagen, daß ein Sektor mit 1,6 Millionen Einwohnern nicht zu versorgen ist. Das Ziel müßte sein, über dieses kooperative Durcheinander hinaus dazu zu kommen, diesen Einzugsbereich von 1,6 Millionen unter die vorhandenen Einrichtungen aufzuteilen. Aber ein wesentliches Hindernis gegen diese Aufteilung scheint zu sein, daß alle Einrichtungen, die nicht aufnahmeverpflichtet sind, nämlich die Städtische Nervenlinik und die privaten Warendorf'schen Anstalten, fürchten, sie könnten in einer Weise beiaestet werden, daß sie das entweder nicht leisten oder daß der Ruf der Klinik Schaden nehmen kann oder ähnliche Dinge. Kurz, daß das Vorurteil, das im Augenblick auf den' Landeskrankenhaus lastet, auf ihre Einrichtung abfärbt. Ein weiterer Grund, weshalb eine Kooperation trotz guten Willens auf allen Seiten nicht möglich ist, ist eben diese Ungleichheit in der Personalausstattung. Die besser ausgestatteten Einrichtungen haben offenbar Angst, daß das Personal in die weniger dicht besetzten Institutionen abzentrifugiert werden könnte. Tatsächlich ist es auch so, daß die Leute, die in den weniger gut ausgestatteten Institutionen arbeiten, sehr laut die Forderung stellen:

Jetzt stellt uns mal ein paar Leute ab oder jetzt erweitert Euren Sektor, vergrößert ihn, Ihr könnt das mit (Eurer Bettenzahl und Eurem vielen Personal. Das heißt also, genau da, wo es um die konkrete Zusammenarbeit geht, um die konkrete Veränderung der Situation, liegt die Grenze. Man kann darüber diskutieren, aber man kommt über die Diskussion, wenigstens im Augenblick, noch nicht heraus. Aber trotz dieser Ungleichheit zwischen Medizinischer Hochschule und psychiatrischem Großkrankenhaus bin ich der Auffassung, daß der Ansatz, den die Medizinische Hochschule in Hannover gemacht hat, daß nämlich die Universitätsklinik bzw. in geringerer Ausstattung eine Abteilung am Allgemeinen Krankenhaus, einen Sektor übernimmt, sinnvoll ist und verfolgt werden sollte. Man sollte darauf bestehen, daß alle psychiatrischen Einleitungen von einiger Größe, ab 60 Betten und mit entsprechenden Übergangseinrichtungen, feste Einzugsbereiche versorgen sollen. Wenn sie dazu allein nicht in der Lage sind, dann in Absprache mit dem dazugehörigen öffentlichen Krankenhaus. Denn es gibt noch eine andere Ungleichheit der psychiatrischen Versorgung außer dieser unterschiedlichen Ausstattung mit Betten und mit dem Personal, nämlich die Patientenselektion zwischen den verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen. Diese Selektion gibt es auch dann, wenn die Institution von sich behauptet, daß sie jeden Patienten aufnehmen kann, der angemeldet wird. Dazu möchte ich einige Ergebnisse aus Untersuchungen bringen, die wir im Rahmen der Tübinger Universitäts-Nervenklinik in den Jahren 1969 bis 1973 durchgeführt haben. Es handelt sich dabei einmal um die Analyse des Patientenbestandes von Bewohnern des Kreises Tübingen in der Universitäts-Nervenklinik und den drei — an der Versorgung des Kreises Tübingen beteiligten — psychiatrischen Großkrankenhäusern, nämlich Zwiefalten, Rottenmünster und Göppingen. Zum zweiten handelte es sich um die Analyse der Aufnahmen von Bewohnern des Kreises in diesen Krankenhäusern innerhalb eines Jahres. Es handelte sich zum dritten um einen Vergleich jener Patienten der Universitäts-Nervenklinik, die ihren Wohnsitz im Kreis Tübingen hatten, mit solchen, die mehr als 5 km von der Universitäts-Nervenklinik, einer Einrichtung mit 150 psychiatrischen Betten, entfernt wohnten. Auf zwei dieser Aspekte möchte ich eingehen: nämlich einmal auf den Vergleich der Patienten mit Wohnsitz im Kreis und Wohnsitz in mehr als 50 km Entfernung. In dem einen Jahr waren es jeweils 250 Patienten, wobei aber zu bemerken ist, daß es sich bei diesen rund 250 Patienten um $\frac{3}{4}$ aller aus dem Kreis Tübingen aufgenommenen Patienten handelte, während der Bevölkerungsraum, aus dem die Patienten kamen, die mehr als 50 km entfernt waren, innerhalb Baden-Württembergs 60 mal so viele Einwohner hatte wie der Kreis Tübingen. Daraus ist im Grunde zu erwarten, daß es sich dabei um

Patienten mit anderen Merkmalen handelt, und tatsächlich ist es auch so gewesen. Es waren mehr Patienten da, die Suizid-Versuche gemacht hatten und die aus der unmittelbaren Umgebung der Klinik kamen. Aber sonst waren bei Betrachtung der Diagnosen keine Unterschiede zu finden, zumindest keine signifikanten Unterschiede. Die Unterschiede tauchten in der Zusammensetzung der Patienten erst dann auf, wenn man von der Diagnose absah und sich die soziale Prognose der verschiedenen Erkrankungen anschaute und diese dann aufaddierte. Wenn man beispielsweise die neurotischen Erkrankungen auf der einen Seite betrachtete und die Schizophrenie, die geriatrischen Erkrankungen und den Alkoholismus zusammen aufaddierte, dann zeigte sich, daß neurotische Patienten unter denen vorherrschten, die aus größerer Entfernung kamen, während schizophrene Alkoholiker und psychogeriatrische Patienten überwiegend aus dem Kreis Tübingen kamen. Ein anderes ganz wesentliches Merkmal unter den Patienten, die aus dem Kreis Tübingen in die Nervenlinik kamen, war, daß die Verteilung zwischen Mittelschicht, Oberschicht und Unterschicht in etwa gleich war, was der Bevölkerungsstruktur der Stadt Tübingen entspricht, während bei den Patienten, die aus mehr als 50 km Entfernung kamen, Oberschicht und Mittelschicht vorherrschten und die Unterschicht praktisch nicht vertreten war. Außerdem waren unter den Patienten, die aus dem Kreis Tübingen kamen, die Patienten mit einer kurzen Verweildauer von weniger als 10 Tagen signifikant häufiger vertreten, während unter den Patienten aus größerer Entfernung solche mit einer langen Verweildauer von durchschnittlich mehr als 30 Tagen waren. Diese Ergebnisse sind zum Teil dadurch zu erklären, daß eben Suizid-Patienten nur ganz kurze Zeit bleiben und dann ambulant nachversorgt werden. Zum Teil aber auch dadurch, daß die neurotischen Ober- und Mittelschicht-Patienten eben eine längere stationäre Psychotherapie innerhalb der Klinik durchgemacht haben.

Noch deutlicher und noch bemerkenswerter sind die Ergebnisse, wenn man diejenigen Patienten aus dem Kreis Tübingen (150000 Einwohner) miteinander vergleicht, die im gleichen Jahr in der Universitätsklinik und in den zuständigen Landeskrankenhäusern aufgenommen wurden. Mehr als Dreiviertel aller Patienten aus dem Kreis gingen tatsächlich in die Nervenlinik. Das hängt damit zusammen, daß zu dieser Zeit die Versorgung der Patienten aus der unmittelbaren Nähe — die gemeindenahe Versorgung — über die Poli-Klinik und über die Tagesklinik innerhalb der Klinik propagiert wurde. Nur 100 Patienten waren in die zuständigen Landeskrankenhäuser gegangen. Das Bild sieht nicht mehr so schön aus, wenn man sich die diagnostische Zusammensetzung anschaut. Die Gruppe, die schizophren erkrankt war, war in beiden Krankenhausgruppen, also in den Groß-

krankenhäusern und in den Landeskrankenhäusern, gleich häufig vertreten. Wenn man sich die Schizophrenen aber anschaut, dann stellt sich heraus, daß nach Zwiefalten in diesem Jahr keine einzige psychiatrische Erstaufnahme aus dem Kreis Tübingen kam, während alle Erstaufnahmen in der Universitäts-Nervenlinik behandelt wurden. In der Universitätsklinik sind eben die neurotischen Erkrankungen am häufigsten vertreten, während es in Zwiefalten, Rottenmünster und Göppingen die psychogeriatrischen Erkrankungen und die Alkoholkranken sind. Wenn man die soziale Schichtung der Patienten miteinander vergleicht, die in die Universitätsklinik gingen, und die, welche in die Großkrankenhäuser gingen, so zeigt sich, daß die Patienten, die in die Großkrankenhäuser gingen, zu 80% der Unterschicht angehörten, während die Oberschicht in diesen Krankenhäusern überhaupt nicht vertreten ist. Demgegenüber sind Mittelschicht und Oberschicht in der Universitäts-Nervenlinik entsprechend der Bevölkerungsstruktur des Kreises vertreten mit einer Unterrepräsentation der Unterschicht. Das heißt Selektion zu Ungunsten der Patienten, die es ohnehin am schwersten haben, die die ungünstigsten Prognosen haben, die keine Interessenvertreter haben, die oft soziale Bindungen verloren haben und es deswegen noch schwieriger haben, aus dem gemeindefernen psychiatrischen Krankenhaus zurückzukommen. Man kann also feststellen, daß eine Selektion stattfindet. Diese Selektion zugunsten der jüngeren, sozial besser gestellten nichtschizophrenen, nichtalkoholkranken Erstaufnahmen scheint mit wachsender Entfernung des Wohnortes zur Klinik zuzunehmen. Das heißt also, je jünger man ist, je gebildeter man ist, je „freundlicher“ die Erkrankung ist, die man hat, um so größere Chancen hat man, in einer gutausgestatteten Klinik auch dann aufgenommen zu werden, wenn man weiter entfernt wohnt. Das gilt insbesondere dann, wenn man einen Nervenarzt hat, der lange genug am Telefon hängt und wenn man eine Familie hat, die bereit ist, die Belastung auf sich zu nehmen, auf einen Platz in der Universitätsklinik manchmal sechs Wochen, manchmal drei Monate zu warten. Vergleicht man jetzt die Gruppen, die aus dem Kreis Tübingen kommen und ihren Wohnsitz weiter entfernt haben, mit denen, die aus dem Kreis Tübingen in das Großkrankenhaus gehen, hat man eine abfallende Linie. Das heißt also, die Patienten, die allgemein als am freundlichsten betrachtet werden, die sind am häufigsten vertreten unter denjenigen, die am weitesten entfernt wohnen. Diejenigen, die aus dem Kreis Tübingen in die Nervenlinik kommen, sind diejenigen Patienten, die mit sozialen und klinischen Merkmalen irgendwo in der Mitte der Befundskala liegen, während die Patienten, die in die Landeskrankenhäuser gegangen sind, letztlich die Hunde gebissen haben, also Patienten mit häufigen Wiederaufnahmen, alte Patienten, alkoholkranke Patienten, senildemente Patienten.

Die Ursachen solcher Selektions-Mechanismen sind zu komplex, als daß ich hier ausführlich darauf eingehen möchte. Aber solche Selektions-Mechanismen sind m. E. in jedem Fall negativ. Sie sind m. E. negativer als Niveau-Unterschiede zwischen psychiatrischen Versorgungseinrichtungen mit festen Einzugsgebieten. Denn solche Selektions-Mechanismen sind geeignet, Patienten-Wanderungen auszulösen, die mit sachlichen, medizinischen Kriterien nichts zu tun haben und die die Diskriminierung bestimmter Behandlungseinrichtungen, nämlich der Großkrankenhäuser, verstärken und sich nicht selten sogar zum Nachteil jener Patienten auswirken, die glauben, gemeindefern die bessere Behandlung gefunden zu haben. Solche Patienten-Wanderungen verstärken aber auch die ohnehin bestehenden Spannungen zwischen den unterschiedlich ausgestatteten psychiatrischen Behandlungseinrichtungen.

Meines Erachtens ist es daher zwangsläufig, daß psychiatrische Behandlungseinrichtungen sektoriert geführt werden, daß auch kleinere psychiatrische klinische Abteilungen feste Einzugsbereiche versorgen, in denen sie dann gemeindenah arbeiten können. Das gilt für die psychiatrische Abteilung am Allgemeinen Krankenhaus wie für die Universitätsklinik. Ich kann nicht akzeptieren, daß man dem entgegenhält: Wie sollen die Universitätskliniken oder die Abteilungen an den Allgemeinen Krankenhäusern die chronisch Kranken behandeln? Dazu zwei Dinge: Es wird zwar auch in Zukunft neue chronisch Kranke geben, die sich im Laufe der Zeit in neuen Einrichtungen kumulieren werden, doch ein Teil dieser Patienten kann in Übergangseinrichtungen, in Dauerwohnheimen, behandelt werden. Und zum zweiten, daß eine kleinere psychiatrische Einrichtung in Absprache mit dem psychiatrischen Großkrankenhaus arbeiten und kooperieren kann, das jetzt die ganze Last der Versorgung der am schwierigsten zu behandelnden Patienten hat.

Hilfen für Angehörige von psychisch Kranken

M. Bauer

Die Diskussion um die Umstrukturierung des gegenwärtigen psychiatrischen Versorgungssystems ist seit mehreren Jahren in vollem Gange. In dem Bericht über die Lage der Psychiatrie setzt sich die Sachverständigenkommission ebenso, wie auch schon im 1973 vorgelegten „Zwischenbericht“, für eine Dezentralisierung des psychiatrischen Versorgungssystems ein. Diese Empfehlung ist sicher sinnvoll, wenn auch nicht verkannt werden darf, daß noch viel Wasser an Bonn vorbeifließen wird, ehe man in einigen Jahren vielleicht sagen können, da und dort sei das eine oder andere mittlerweile in Gang gekommen. Daß dabei lokale Initiativen eine kaum zu unterschätzende Rolle spielen, lehrt die Praxis der vergangenen Jahre und ist auch nicht anders denkbar.

Im Rahmen der mir zur Verfügung stehenden Zeit will ich versuchen, einige Bemerkungen zu einem Problem zu machen, das in der bisherigen Reformdiskussion ziemlich stiefmütterlich behandelt worden ist, wohl nicht zuletzt deshalb, weil es erst in einer reformierten Psychiatrie wirklich ins Gesichtsfeld geraten kann. Ich meine das Problem der Belastung der Angehörigen durch psychisch kranke Familienmitglieder. Auf die Rolle dieser Angehörigen und auf die mit ihrer Einbeziehung in eine veränderte therapeutische Praxis verbundenen Chancen werde ich im folgenden zu sprechen kommen.

Der Forderung nach Einrichtung gemeindenaher psychiatrischer Dienste liegt bekanntlich die stillschweigende Annahme zugrunde, daß eine längerdauernde Hospitalisierung vielen Patienten schadet. Eine Therapie der sozialen und beruflichen Umwelt „vor Ort“, im Rahmen der Familie, bietet für den Betroffenen dagegen bessere Behandlungschancen. Zu selten noch wird dabei gefragt, für welche Patienten dies gilt und ob die Angehörigen der Kranken darauf vorbereitet sind bzw. wie die Hilfen beschaffen sein müssen, damit dieses Postulat wirklich stimmt.

Angehörige von psychisch Kranken geraten in der gegenwärtigen Situation meist als merkwürdig abstrakte Größen ins Blickfeld der Psychiatrie, bestenfalls geeignet als „Lieferanten von Fremdanamnesen“ (DÖRNER), ein verräterischer Begriff, den meine früheren Psychiatrielehrer noch mit dem Beiwort „objektive“ versahen und den subjektiv-eigenanamnestischen Angaben des Patienten gegenüber-

stellten. Dies kann nicht verwundern, wenn die Erklärung stimmt, daß die institutionellen Vorgegebenheiten, also das „Versorgungssystem“ entscheidend dabei mitwirkten, was Theoretisch wahrgenommen und praktisch nutzbar gemacht werden kam.

Eine Mutter, die erst mehrere Stunden Bahnfahrt auf sich nehmen muß, um ihren schizophrenen Sohn zur vorgeschriebenen und beschränkten Besuchszeit in einem Landeskrankenhaus sehen und dabei vielleicht auch noch ein paar Sätze mit dem Arzt oder der Stationsschwester über den Entlassungstermin wechseln zu können, bevor sie die Rückreise ins Heimatdorf antreten muß, ist eben für uns Professionelle eine andere Person, als die gleiche Mutter in einer Angehörigengruppe, in der die einschneidendsten Beschränkungen ihrer persönlichen Bedürfnisse zum Vorschein kommen, zu denen sie sich z. B. gezwungen sieht, weil die für ihren Sohn zuständige Institution die Philosophie der gemeindenahen Dienste praktiziert. Dieses kleine Beispiel soll verdeutlichen, daß in zukünftigen gemeindepsychiatrischen Einrichtungen die Not der Angehörigen, ihr Verzicht auf eigene Lebensentfaltung, aber auch ihre Wut, Enttäuschung oder Resignation über den mißratenen Sohn oder die Tochter stärker in das Blickfeld von Therapeuten geraten wird. Diese können sich dann nicht mehr damit herausreden, daß es den Angehörigen schon recht geschehe, wenn ihnen jetzt heimgezahlt werde, was sie ihren Kindern zuvor angetan haben — Vorstellungen, die! in den letzten Jahren starke Unterstützung aus den teils mißverstandenen, teils pervertierten familiendynamischen Theorien der Schizophrenieforschung erfuhren und die in der Praxis nicht selten als offen aversives Verhalten den Angehörigen entgegenschlugen.

Macht man also Ernst mit gemeindepsychiatrischen Konzepten und sieht die Angehörigen als zentrale Bezugspersonen, ja als Hauptakteure des primären Versorgungssystems, muß man ihnen Hilfen anbieten, die auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten sind. Gruppentherapie für Angehörige (Gruppen also ohne Einbeziehung der Patienten) kann eine solche Möglichkeit sein, den Erwartungen der Familien entgegenzukommen und sie in mancherlei Hinsicht zu entlasten. Wir selbst finden es aus zwei Gründen eine gute Möglichkeit, die bisher allzu formale Programmatik gemeindenaher Dienste an dieser Stelle inhaltlich zu füllen:

— zum einen wird sichtbar, daß die Not der Angehörigen nicht zuletzt eine gefühlsmäßige, emotionale ist, der nicht mit bloßer Informationsvermittlung und „Aufklärung“ beizukommen ist,

— zum anderen, weil die zuvor vereinzelt und mit ihrem Schicksal allein gelassenen Familien — haben sie sich erst in Gruppen zusam-

mengefunden —, miteinander identifizieren und solidarisieren können. Die Gefahr, daß diese Solidarität auf Kosten der Patienten geht, ist unserer Erfahrung nach gering. Eher schon kann man die Hoffnung hegen, daß solche, von Therapeuten ins Leben gerufene Angehörigengruppen sehr bald erkennen, daß den problemerhellenden Worten die Taten folgen müssen und daß niemand besser dazu in der Lage ist, Bedürfnisse zu artikulieren als sie selbst. Die Chancen, solche Bedürfnisse auch in institutioneller Praxis - d. h. in einen „objektiven“ Bedarf — umzusetzen (z. B. in beschützende Werkstätten oder Tageskliniken, um die Angehörigen tagsüber zu entlasten, oder auch in Wohnheime, aus der verständlichen Sorge heraus, „was wird, wenn wir einmal nicht mehr sind?“) scheinen mir so gering nicht, wie das Beispiel der „Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind“ in unserem Land gezeigt hat. Überhaupt wird man von diesem Verband viel „Know-how“ im notwendigen Umgang mit Behörden, Kostenträgern und potentiellen Finanziers lernen können, vor allem aber dies, daß niemand warten soll, bis der „Staat“ all die Pläne realisiert, die die Psychiatrie-Enquete-Kommission ihm im Herbst 1975 auf den Tisch gelegt hat.

Über die subjektiv-gefühlsmäßigen Belastungen und Ängste hinaus müssen sich Angehörige psychiatrischer Patienten in gemeindepsychiatrischen Diensten in vielen Bereichen ihres täglichen Lebens meßbare Einschränkungen auferlegen. Diese¹ reichen — wie man aus englischen Untersuchungen weiß — von einem oft völligen Fehlen von Freizeit über Störungen bei routinemäßigen häuslichen Verrichtungen wie Einkaufen, Essen und Hausarbeit bis hin zu einer drastischen Verminderung des familiären Einkommens um mehr als die Hälfte, weil die Betroffenen ihrer gewohnten Berufstätigkeit nicht mehr nachgehen können. Ein sehr schwerwiegendes Problem für alle Familien sind auch die negativen Auswirkungen, die die Erkrankung eines Elternteils für die Kinder haben können. An diesem Punkt wird in besonderer Weise sichtbar, daß Gemeindepsychiatrie, die Wert darauf legt, ihre Patienten „am Ort des Geschehens“ zu behandeln und Hospitalisierungen, wenn irgend vertretbar, zu vermeiden, nicht so tun darf, als sei der jeweilige Patient die einzige Person, die legitimer Weise Anspruch auf Hilfe anmelden darf.

In dieser knappen Skizze konnte es nicht darum gehen, eine Liste möglicher sozialer Hilfen für Angehörige psychisch Kranker vorzutragen. Im sicheren Wissen und der Erfahrung darum, daß all die Schwierigkeiten, die Familien von psychisch Kranken im Alltag zu bewältigen haben — gemäß dem Luther'schen Spruch: „Wovon einem das Herz voll, davon geht einem das Maul über“ — in einer Angehörigen-Gruppe nicht lange verborgen bleiben, wäre es mir unangemes-

sen vorgekommen, aus einer beschränkten lokalen Erfahrung heraus Patentrezepte aneinanderzureihen, die andernorts sich als wenig brauchbar herausstellen könnten. Die Betroffenen selbst zu Wort kommen zu lassen ist, denke ich, die bessere Alternative. Mit scheint, daß die offizielle Psychiatrie das hierin verborgene Reformpotential noch allzu wenig erkannt, geschweige denn genutzt hat.

Literatur:

Creer, L. und J. Wing: Schizophrenia at Home. National Schizophrenia Fellow-ship, London 1974

Dörner, K. und R. Groth: Gruppentherapie für Angehörige, unveröff. Manuskript

Sainsbury, P.: Die Belastungen der Angehörigen durch psychisch kranke Familienmitglieder.

in: v. Cranach, Finzen (Hrsg.): Sozialpsychiatrische Texte. Springer-Verlag 1972.

Die Versorgung psychisch Kranker im Raum Stuttgart aus der Sicht der Angehörigen

M. Kretschmer

Die psychiatrische Versorgung des Raumes Stuttgart, insbesondere der Großstadt Stuttgart selbst, ist bis heute ein teilweise noch unbefriedigend gelöstes Problem. Die nicht ausreichende Kapazität des Bürgerhospitals und des benachbarten Psychiatrischen Landeskrankenhauses Winnenden bringt es mit sich daß auch heute noch das Psychiatrische Landeskrankenhaus Weissenau 180 km von Stuttgart entfernt und das Psychiatrische Landeskrankenhaus Schussenried in ähnlicher Entfernung offiziell in die Versorgung Stuttgarts einbezogen sind. Das bedeutet für den Sanitätswagen eine Fahrzeit von rund drei Stunden. Die Angehörigen kostet der Besuch eines Patienten einen vollen Tag, mindestens einen vollen Arbeitstag, und einen Fahrpreis von rund 50,— DM ohne die Fahrtkosten, die noch innerhalb Stuttgart entstehen.

Seit Kriegsende sind eine große Zahl von Patienten aus dem Stuttgarter Raum, meist über das Bürgerhospital, nach Weissenau verlegt worden, verlegt auch in dem Sinne, daß sie aus der Sicht der Angehörigen verschwanden. Der Höhepunkt war in den 60er Jahren, als wir z. B. 1964 228 Patienten übernahmen. Die Zahlen sind jetzt stark rückläufig. Dieser Rückgang dürfte einerseits darauf zurückzuführen sein, daß der Aufbau komplementärer Einrichtungen in Stuttgart Fortschritte gemacht hat. Andererseits haben wir uns seinerzeit bewußt gegen Verlegungen gewehrt.

Dies ist eine Situation, die unseren heutigen Vorstellungen von einer zeitgemäßen psychiatrischen Versorgung widerspricht, nach welcher Anfahrtswege bis 25 km als tragbar gelten. Nur selten einmal können wir unsere Stuttgarter Patienten beurlauben, und es gelingt nur mit Mühe, eine Entlassung genügend vorzubereiten. Dieses Problem ist auch den Angehörigen unserer Patienten bewußt. Der Vater eines jüngeren Schizophrenen schrieb mir anlässlich einer Umfrage bei den Angehörigen unserer Stuttgarter Patienten: „Ich habe seit jeher nicht verstanden, daß für die Landeshauptstadt ausgerechnet ein derart weit entferntes Krankenhaus zuständig ist. Aber manchen Entscheidungen der Behörden steht man verständnislos und ratlos gegenüber. Vielleicht würde ich meinen Sohn mehr als zwölfmal jährlich besuchen, wenn er näher untergebracht wäre, Zumindest wären dann die Besuche bei ihm nicht so anstrengend und kostspielig. Ich habe die

im Bau befindliche Anlage in Hirsau angesehen. Ich finde aber den Platz, da 6 km von Hirsau entfernt, nicht geeignet, denn die Patienten brauchen unbedingt den Kontakt mit der Umwelt, vorausgesetzt, daß ihnen Ausgang gewährt werden kann, Weissenau hat wenigstens den Vorteil, daß Ravensburg in kurzer Zeit zu Fuß erreichbar ist." Soweit das Zitat. Diese Äußerung spricht für sich und zeigt, daß auch Angehörige sich über Probleme der psychiatrischen Versorgung durchaus zutreffende Meinungen bilden.

Als wir 1972 die bereits genannte Umfrage durchführten, befanden sich 144 Patienten aus dem Stuttgarter Raum stationär in unserem Krankenhaus, d. h. 15% unserer Patienten waren Stuttgarter, Zusammen mit einem kurzen Begleitschreiben versandten wir einen Fragebogen mit insgesamt vier Fragen, deren Beantwortung durch einfaches Ankreuzen zu erledigen war. Von den 144 Anschreiben kamen zunächst einmal 22 als unzustellbar zurück mit dem Vermerk, der Adressat sei nicht bekannt, verzogen oder verstorben. Diese Zahl ist insofern erwähnenswert, als bei einem Siebtel dieser Patienten die korrekte und aktuelle Anschrift der Angehörigen im Krankenhaus nicht oder nicht mehr bekannt war. In einigen Fällen konnte durch die Umfrage die Adresse berichtigt werden. Nach Abzug der unzustellbaren Anschreiben wurden also 122 Angehörige erreicht, von welchen 91, also etwa $\frac{3}{4}$, auch antworteten. Außer zwei Vorfragen zur Besuchsfrequenz in früheren Jahren — nur in 13 Fällen wurden mehr als drei Besuche pro Jahr angegeben — waren die beiden folgenden Fragen zu beantworten:

1. Würden Sie Ihren Angehörigen häufiger besuchen, wenn das Krankenhaus nur 30 bis 40 km entfernt wäre? Wenn ja, wie oft?
2. Würden Sie es begrüßen, wenn Ihr Angehöriger Sie gelegentlich zu Hause besuchen könnte, z. B. am Wochenende, sofern sein Gesundheitszustand es zuläßt? Wenn ja, wie oft würden Sie einen Besuch für richtig halten?

Als positive Antwort haben wir gewertet, wenn beide oder wenigstens eine der beiden Fragen in der Form beschieden wurden, daß die Bereitschaft zu einer höheren Besuchsfrequenz bzw. zu einer häufigeren Beurlaubung der Patienten begründet wurde. Als negativ zu werten waren einmal die Fälle, in denen überhaupt keine Antwort einging und diejenigen, die beide Fragen negativ beantworteten.

Das Ergebnis war in Zahlen: 67 antworteten positiv, 24 negativ, 31 ohne Antwort. Also ein Verhältnis von etwa sechs zu fünf zugunsten der positiven Antworten.

Wie sehr sich die Angehörigen doch mit dem Problem ihrer Kranken beschäftigen, zeigen auch die zum Teil ausführlichen Kommentare und Begleitschreiben, die uns immerhin in 35 Fällen erreichten. Über die Hälfte waren ausgesprochen positiv gehalten. Es wurde das Bedürfnis, dem Patienten räumlich näher zu sein, bekundet und teilweise auch schon gefragt, wann denn eine Verlegung in die nähere Umgebung oder nach Hirsau möglich sei. Aber auch die 18 negativen Kommentare waren - bis auf zwei - in sachlicher Form gehalten. Auch bei der Begründung, warum man nicht öfter kommen könne oder eine häufigere Beurlaubung des Patienten vermeiden wolle, bediente man sich überwiegend sachliche' Argumente.

Zur weiteren Auswertung dieser Ergebnisse haben wir dann drei Gruppen nach der Verweildauer im Psychiatrischen Landeskrankenhaus gebildet. Die erste Gruppe betraf die Aufnahmejahre 1969 bis 1971; diese war also maximal zwei bis drei Jahre im Krankenhaus. Die zweite Gruppe betraf die Aufnahmejahre 1962 bis 1968 und die dritte Gruppe das Aufnahmejahr 1961 und frühere Jahre, also über 10 Jahre im Krankenhaus. Stellt man die positiven und negativen Antworten jeder Gruppe für sich gegenüber, so ergibt sich ein Verhältnis von rund 3 : 2 in der Gruppe eins, von 3 : 2,2 in der Gruppe zwei und von 1 : 1 in der Gruppe drei, d. h. mit längerer Verweildauer nehmen die negativen Antworten zu. Man ist natürlich versucht, daraus zu schließen, daß, wenn das Interesse der Angehörigen an ihren Patienten mit zunehmender Verweildauer im Krankenhaus abnimmt, auch das Interesse der Patienten an ihren Angehörigen abnimmt. Zur Gruppe drei mit der größten Verweildauer gehört auch die Hälfte der Fälle, in denen überhaupt keine Antwort gekommen ist. Eine längere Verweildauer in einem Psychiatrischen Landeskrankenhaus wirkt sich scheinbar zunehmend negativ auf das Interesse und die Zuwendung der Angehörigen aus. Vermutlich unterstützt die große räumliche Distanz zum Psychiatrischen Landeskrankenhaus diesen Trend. Nicht nur die Patienten und deren Therapeuten, sondern auch die Angehörigen sind in der überwiegenden Zahl an einer gemeindenäheren Behandlung und Unterbringung ihrer psychisch Kranken interessiert. Auch hier scheint es so zu sein, wie wir es von unseren Laienhelfern her kennen: die Einstellung gegenüber psychisch Kranken ist keineswegs durchweg ablehnend, sondern vielschichtig. Die Hilfsbereitschaft der Angehörigen sollten wir nicht unterschätzen. Es gilt hier Ängste und Vorurteile abzubauen und vorhandene positive Ansätze zu fördern. Dies kann aber nur in engem Kontakt von Angehörigen zu Patienten geschehen.

D. Forschungsergebnisse und praktische Erfahrungen in ihrer Bedeutung für die Reform der Versorgung psychisch Kranker

Forschungsergebnisse und praktische Erfahrungen in ihrer Bedeutung für die Reform der Versorgung psychisch Kranker

H. Häfner

Mein Referat soll unter dem Primat einer besonderen Fragestellung stehen: nämlich, was die Psychiatrie eigentlich zu ihren Forderungen ermächtigt, mit anderen Worten, welche Begründungen hinter bestimmten Reformvorschlägen stehen.

Zu diesem Vorhaben haben mich meine Erfahrungen im Vorstand der Sachverständigen-Kommission und die Tatsache motiviert, daß das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit als Forschungsinstitut bevorzugt versorgungsrelevante Fragestellungen bearbeitet und seine therapeutischen Einrichtungen einer gewissen Erfolgsprüfung unterzogen werden. Es enthält das erste psychiatrische Krankenhaus in Deutschland, das unter Einbeziehung der Ergebnisse einer zuvor durchgeführten epidemiologischen Untersuchung geplant wurde. Welche eminent praktische Bedeutung dieses Thema — die Frage nach dem tatsächlichen Wissen als Grundlage des Handelns — hat, will ich an vier Beispielen erläutern.

Vorher möchte ich jedoch noch einige Überlegungen vortragen, die eine erste Begrenzung des Themas auf einen sinnvollen Rahmen leisten sollen. Versucht man, die Mängel der Versorgung psychisch Kranker nach Dimensionen zu beurteilen, so wären vor den im engeren Sinne psychiatrischen Reformbedürfnissen zu nennen:

Der humanitäre Standard

Wo Einrichtungen für psychisch Kranke oder geistig Behinderte, wie es schon der Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission beschrieb, in vielfältiger Hinsicht vernachlässigt wurden, so daß sie hinsichtlich der bloßen Lebensbedingungen mit dem übrigen Krankenhauswesen nicht mehr vergleichbar sind, ist kein Fachwissen für ihre Erkennung erforderlich. Ihre Behebung hat jeder eigentlichen Reform vorauszugehen.

Quantitative oder strukturelle Mängel, wie die Ungleichverteilung von Krankenhauseinrichtungen oder Fachärzten über Stadt und Land oder bestimmte Regionen, weist ein gutes Gesundheitsinformationssystem, sprich Statistik, aus.

Forderungen zur Verbesserung der allgemeinen Organisation, hinter denen auch Werturteile stehen können: Zu ihnen zählt die vom Ver-

dienst und anderen gesundheitsfremden Faktoren unbeeinflusste Zugänglichkeit der Versorgungseinrichtungen für alle, die ihrer bedürfen, die Überschaubarkeit der Versorgungsregion einer Einrichtung, die Bindung von Weisungsbefugnis an Befähigung und ihre Begrenzung auf einen erfüllbaren Aufgabenbereich und schließlich die Sorge für schwierige, insbesondere chronisch Kranke, die bei der Spezialisierung, Verbesserung und Anhebung von Programmen beinahe zwangsläufig vernachlässigt werden.

Diese drei Komplexe sollen deshalb am Rande unserer Diskussion bleiben, weil sie am ehesten im allgemeinen Verständnis eingebettet sind, wie immer einzelne Fragen daraus beantwortet werden mögen.

Es bleiben schließlich die fachbezogenen Fragen:

Was ist an Maßnahmen oder Vorschlägen eigentlich begründet:

1. aufgrund von Forschungsergebnissen,
2. durch wissenschaftlich noch ungesicherte, aber hinreichend bewährte Erfahrung und
3. durch Theorien, Spekulation oder schlicht durch Strömungen im Rahmen dessen, was wir Zeitgeist nennen?

Und nun zu den angekündigten Beispielen:

1. Über Ursachen und Behandlungen seelischen Krankseins hört, sieht oder liest man in den letzten Jahren haarsträubende Offenbarungen.

Man braucht dabei nicht bis zum Sozialistischen Patientenkollektiv zu gehen, das alle seelischen und körperlichen Übel, vom Schwachsinn bis zum Nierenstein, aus den Folgen ausbeuterischer Arbeit im kapitalistischen System ableitete; die Theorie der psychischen Verelendung, die ursprünglich von Kautzky in Analogie zu wirtschaftlichen Verelendung der Arbeitermassen im Kapitalismus eingeführt wurde, ist vielfach zur Erklärung aller psychischen Krankheiten bemüht worden (vgl. BASAGLIA, WOLFF und HÄRTUNG). Von einigen Sozialwissenschaftlern, etwa SCHEFF, werden alle psychischen Krankheiten auf negative Reaktionen der Umwelt und Etikettierung abweichenden Verhaltens eines Menschen — etwa als geistesgestört oder kriminell — und auf die Übernahme dieser Erwartungen durch den als abnorm Etikettierten zurückgeführt. Diese „Interaktionstheorie“, die alle psychischen Störungen nach einem gemeinsamen Prinzip — aus den Folgen falscher Reaktionen der anderen, der Gesunden — erklärt, hat beispiels-

weise in viele Reportagen und Fernsehfilme über die Psychiatrie Eingang gefunden.

Näher an der psychiatrischen Wirklichkeit läßt sich eine ähnliche Meinungsvielfalt an der großen Krankheitsgruppe der Schizophrenien aufweisen. Zu ihrer Behandlung werden beispielsweise empfohlen:

- Lebenslange Liebesgemeinschaften oder hierarchiefreie Kommunen als Ersatz für die angeblich entgangene Liebe und Geborgenheit und zur Korrektur der Folgen schwerster Erziehungs- und Kommunikationsmängel in der Kindheit, die den Eltern angelastet werden;
- gemeinsame „Reisen“ mit einem Antipsychiater in die Welt der Geisteskrankheit, wobei diese als Offenbarung des - gesunden - Unbewußten der Gesellschaft verstanden wird, von der dominanten Kultur unterdrückt und in der Psychose wieder aufgebrochen (R D LAING);
- psychoanalytische Behandlung des Kranken selbst oder seiner Familie, deren Konflikte und Kommunikationsstil angeblich Ursache seiner Krankheit sind;
- Abbau des sozialen Fehlverhaltens, das angeblich einzige Ursache der Krankheit ist, durch Verzicht auf Diagnose und Behandlung und durch Integration in eine ideale Gemeinschaft;
- Behandlung mit bestimmten Medikamenten, psycho- und soziotherapeutischen Rehabilitationsmethoden, ausgehend von der Annahme, daß es sich um ein Krankheitsbild mit biologischen Teilursachen, psychischen und sozialen Auslöse- und Folgefaktoren handelt.

Mit der letztgenannten Verfahrensweise wären wir beim gegenwärtigen Stand des Fachwissens angelangt. Alles andere, und es ist ziemlich viel, läßt sich aus zuverlässigem Wissen nicht begründen.

Uns aber bewegt die Frage: Wie ist es möglich, daß Glaube und Spekulation einen so großen Einfluß auf die Meinung über psychische Krankheiten und ihre Behandlung gewinnen können? Man möchte annehmen, daß Globalurteile, die alle seelischen Störungen über einen Kamm scheren, bereits an der Alltagslogik scheitern: Nur Phan-

tasten können noch glauben, daß alle körperlichen Leiden aus einer Ursache entstünden. Es ist eigentlich auch nicht vorstellbar daß die Vielfalt psychischer Leiden eine Ursache haben könnte, und eine wie immer geartete Verwandlung der Gesellschaft in ein Paradies sie alle gleichmäßig zum Verschwinden bringen könnte. Dennoch lebt die Hoffnung in vielen mehr oder weniger vernunftnahen Ideologien weiter, eine bessere Gesellschaft könnte weniger oder keine seelisch Kranken mehr produzieren.

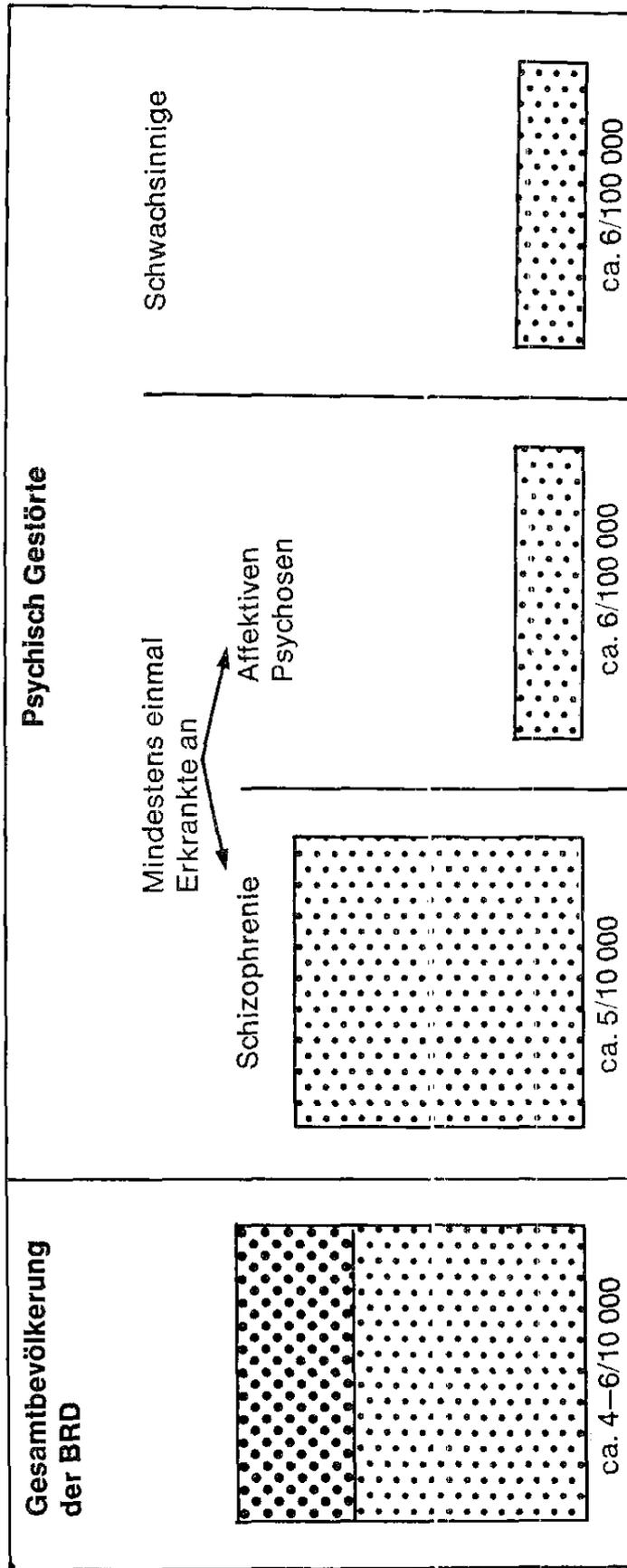
Ist die Verbreitung, die diese Spekulationen finden - und einige von ihnen sind beinahe Verrücktheiten - in dem niedrigen Wissensstand zu suchen? Tatsächlich wissen heute; viele Menschen über Herzinfarkt, Diabetes und die wichtigsten Kinderkrankheiten Bescheid, aber was weiß der Laie etwa über Hirnarteriosklerose, affektive und schizophrene Psychosen, Zwangsneurosen, Trauerreaktionen und ihre Behandlung? Weiß er denn, wenn er einen Psychotherapeuten oder Psychiater aufsucht, bereits ebenso gut wie in der übrigen Medizin zwischen Schulmedizinern, Außenseitern und Quacksalbern zu unterscheiden, wie problematisch eine solche Differenzierung im Grenzbereich immer sein mag?

2. Stand bisher Verwirrung, hervorgerufen von außerpsychiatrischen und antipsychiatrischen Spekulationen im Mittelpunkt, so geht es nun um das folgenschwere Festhalten an unrichtigen Auffassungen innerhalb der Psychiatrie. Unser Beispiel ist die vermutliche Gefährlichkeit der Geisteskranken. Sie wurde erklärt durch zahlreiche Fallberichte über Gewalttaten Geisteskranker, über Jahrzehnte zusammengetragen, und führte dazu, daß zeitweilig nahezu 100%, zuletzt etwa 60—70% der psychiatrischen Krankenhausbetten in der Bundesrepublik auf geschlossenen Stationen stehen. 1940 stellte beispielsweise der Heidelberger Psychiater WILMANN in einer umfangreichen Fallstudie über Tötungsdelikte Schizophrener noch fest, daß ein unverhältnismäßig hoher Anteil der Morde von Geisteskranken teilweise unmittelbar vor dem Auftreten anderer Krankheitszeichen begangen wurde.

Als wir — zusammen mit W. BÖKER - diese Fragen erstmals durch gründliches Zählen zu beantworten versuchten, stellte sich heraus, daß Geistesgestörte zwar gewalttätig werden können — übrigens nach Krankheiten sehr unterschiedlich und spezifisch nach Motivation und Ausführung der Tat und nach Opferwahl — aber offensichtlich nicht viel häufiger oder seltener als nicht geisteskranken Mitbürger.

Die Folgerung, die nun zu ziehen ist, lautet entweder: Muß jetzt die gesamte Bevölkerung in geschlossenen Häusern untergebracht wer-

Lebenszeitrisiko der Begehung eines Tötungsdelikts basierend auf Daten aus der Dekade 1955–1964



Berechnung der Wahrscheinlichkeiten für Kranke:
$$p(\text{Täter/Kranke}) = \frac{p(\text{Täter}^* \times \text{Kranke}^{**})}{p(\text{Kranke})}$$

Legende:

- * Zehn-Jahres-Inzidenz der Täter der jeweiligen Diagnosenkategorie
- ** Zehn-Jahres-Inzidenz der Erkrankten für die entsprechende Diagnosenkategorie errechnet aus den Daten der Mannheimer Erstkonsultationsstudie für 1965

den — mindestens die 17- bis 25jährigen Männer, deren Täterisiko ein Vielfaches der übrigen Altersklassen ist? Oder: Wir sollten den krankenhausbedürftigen psychisch Kranken mit „normalem“ Täterisiko offene Abteilungen zugestehen, sofern kein anderer Grund — wie Selbstmordrisiko und Drogenabhängigkeit — eine geschlossene Unterbringung erfordert.

Immerhin stellt sich die Frage, wie der Erkenntnisfortschritt rechtzeitig in die Rechtsprechung und in die Prüfkriterien der Rechnungshöfe Eingang finden kann, denn von dort geht ein entscheidender Einfluß auf das Verhalten staatlicher Einrichtungen gegenüber Risiken aus, so klein diese immer sein mögen.

3. Das dritte Beispiel zeigt, daß grundlegende Veränderungen auch unabhängig von gesicherten Erkenntnissen und von der Rechtsprechung ablaufen können. In den anglo-amerikanischen und skandinavischen Staaten stiegen die Rate psychiatrischer Betten und die durchschnittliche Dauer der Krankenhausaufenthalte für Schizophrene ständig an, bis es um die Mitte der fünfziger Jahre zu einer Wende mit fortgesetztem Abstieg bis in die Gegenwart kam. Diese Wende fiel mit der Einführung der Psychopharmaka in die Schizophreniebehandlung zusammen, die tatsächlich die Möglichkeiten der Rehabilitation und der ambulanten Therapie dieser Kranken erheblich verbesserte. Dennoch konnte SHEPHERD nachweisen, daß die gleichen Veränderungen und Rehabilitationsbemühungen zur selben Zeit auch in psychiatrischen Krankenhäusern auch unabhängig von der Verfügbarkeit von Psychopharmaka eintraten. Die Ursache lag in einer veränderten, aktiveren und optimistischeren Einstellung der Psychiater, deren Hintergrund wir zunächst einmal in Einflüssen des Zeitgeistes sehen wollen. Die Psychiatrie ist solchen Einflüssen gegenüber aus verschiedenen Gründen immer sehr offen gewesen. Ein absolut negatives Beispiel dazu liefert das Eindringen der Rassenideologie in die psychiatrische Erblehre. Wie kann es uns gelingen, die positiven Einflüsse, die unseren Kranken nützen, aufzunehmen, die negativen aber als solche zu erkennen und abzuweisen?

4. Diese offenen Fragen sind ein guter Einstieg in das letzte Beispiel, das der Umsetzung von psychiatrischen Vorschlägen in die Politik gewidmet ist. Wir wollen es nur von der Frage her aufrollen, wie der Politiker zu einem zuverlässig begründeten, hinreichend eindeutigen Urteil über Probleme der Versorgung psychisch Kranker gelangen kann:

Was dem Entscheidungsträger nicht widerfahren sollte, ist, was mir noch 1966 ein bayerischer Bezirkstagspräsident als Ergebnis einer Beratungsserie zu Aufbau, Größe und Standort eines neuen psychia-

trischen Krankenhauses sagte: „Ich habe so viele sich widersprechende Vorschläge bekommen, daß ich nur noch eines tun kann, um mich nicht zwischen alle Stühle zu setzen: abwarten,“ — was er übrigens auch tat.

Legt man als Beurteilungsmaßstab die Empfehlungen der Sachverständigen-Kommission zugrunde, dann ist das Hearing, das der Bundestagsausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit 1970 und 1971 zur Lage der Versorgung psychisch Kranker in der BRD durchführte, das Beispiel einer ausgezeichnet gelungenen Informationssammlung. Den Abgeordneten wurden damals bereits die wesentlichen Mängel vorgestellt und die wichtigsten Prinzipien für Abhilfe dargelegt, die sich im Bericht der Sachverständigen-Kommission wiederfinden.

Nimmt man als Gegenbeispiel die Anhörung eines psychiatrischen Sachverständigen im Jahre 1975 durch die Mehrheitsfraktion einer deutschen Millionenstadt zum gleichen Themenbereich, so steht man voll Erstaunen vor der Unsinnigkeit seiner Vorschläge. Es werden sinnvolle und seltsame psychotherapeutische Methoden empfohlen, die in Polikliniken und Beratungsstellen für alle Krankheiten, gleich ob geeignet oder ungeeignet, anzuwenden sind. Liegt darin nur die Frage nach der Auswahl geeigneter Berater, die man gerne am Kriterium ihrer oppositionellen Orientierung sucht, wenn die etablierten Leute in einem reformbedürftigen System global in den Verdacht der Reformfeindlichkeit versetzt werden?

Literatur:

BASAGLIA, F.: Die negierte Institution. Suhrkamp, Frankfurt, 1971.

BÖKER, W. und H. HAFNER: Gewalttaten Geistesgestörter. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland. Springer, Berlin/Heidelberg/New York, 1973.

LAING, R. D.: Phänomenologie der Erfahrung. Suhrkamp, Frankfurt, 1973.

SCHEFF, T. J.: Das Etikett Geisteskrankheit. Soziale Interaktion und psychische Störung, Suhrkamp, Frankfurt, 1973.

SHEPHERD, M., N. GOODMAN and D. C. WATT: The application of hospital statistics in the evaluation of pharmacotherapy in a psychiatric population. *Comp Psychiatry*, 2:11, 1961.

WILMANN, K.: Über Morde im Prodromalstadium der Schizophrenie. *Z. Neur.* 170, 583-662, 1940.

WOLFF, R. und K. HÄRTUNG: Psychische Verelendung und die Politik der Psychiatrie. Kursbuch 28, 1972.

Die Bedeutung von Forschungsergebnissen für Praxis und Planung in der Psychiatrie

B. Cooper

Es wäre zwecklos, vorgeben zu wollen, daß eine Reform psychiatrischer Versorgung in irgendeinem Land aufgrund der Anwendung von Forschungsergebnissen durchgeführt worden ist. In Großbritannien beruhten die großen Fortschritte in den Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg hauptsächlich auf zwei Gesetzgebungswerken, nämlich dem National Health Service Act von 1946 und dem Mental Health Act von 1959; keines von beiden wurde sehr von Forschungsergebnissen beeinflusst. Jedes einzelne Gesetz repräsentierte den Höhepunkt eines langen Kampfes um Reform und basierte mehr auf grundlegenden Prinzipien der medizinischen Versorgung als auf wissenschaftlichen Ergebnissen. Beide Gesetze hatten ihre Gegner, aber retrospektiv kann man sagen, daß sie für die Bevölkerung von großem Nutzen waren.

Trotz dieser Erfolge breitete sich in den letzten Jahren in der britischen Psychiatrie eine unbehagliche Gewißheit aus, daß Reformen, sofern sie nicht fest auf wissenschaftliche Forschung gestützt sind, sich auf längere Zeit als zerbrechlich erweisen könnten oder sogar als illusionär. Die Abnahme des ‚moral treatment‘ im 19. Jahrhundert steht als Beispiel dafür, wie unsicher solche Reformen sein können.^{1,2} In unserer eigenen Zeit existieren große Diskrepanzen in der Therapie und Versorgung, sogar zwischen den hochentwickelten Industrieländern, was deutlich macht, daß psychiatrische Praxis immer noch sehr anfällig gegenüber politischen, sozialen und ökonomischen Einflüssen ist.³

In dem Maße, in dem die angewandte Forschung den Wert einiger Neuerungen bestätigt bzw. die Fehler und Schwächen von anderen aufzeigt, kann sie helfen, eine vernünftige Planungsbasis zu schaffen und die „Ebbe und Flut“ der sozialen Psychiatrie⁴ in einen beständigen Fortschritt umzuwandeln. Was können wir aus den bisherigen Erfahrungen lernen? Ist es möglich, daraus einige nützliche Richtlinien für die zukünftige Strategie abzuleiten?

Dieses Thema ist viel zu breit, um es in einer halben Stunde systematisch zu erfassen. Ich werde mich daher auf drei wichtige Aspekte konzentrieren, nämlich: (1) Rationalisierung der Pharmakotherapie; (2) Einschätzung der Versorgungsbedürfnisse innerhalb der Bevölkerung und (3) Evaluation bei neuen, experimentellen Einrichtungen.

1. Rationalisierung der Pharmakotherapie

Wenn wir akzeptieren, daß ein Gesundheitswesen hauptsächlich nach dem Wert und der Wirksamkeit der Therapie beurteilt werden muß die es dem Patienten bietet, dann ist die dringendste Reform der Psychiatrie ohne Zweifel eine Verbesserung der Prüfung Marktverteilung und Verschreibung von Psychopharmaka. Unsere Zeit ist mit Recht als „die große Ära der kommerzialisierten psychiatrischen Behandlung“ beschrieben worden.⁹ In den Vereinigten Staaten stiegen die Rezepte für die Benzodiazepine Valium, Librium und Mogadon auf eine Rate von 7 Millionen pro Jahr an.¹⁰ Eine Untersuchung in westeuropäischen Ländern ergab, daß 8 bis 12% der Männer und 12 bis 21% der Frauen im vergangenen Jahr Tranquillizer genommen hatten/ Obwohl die Mehrheit dieser Drogen relativ unschädlich ist bringt eine solche großzügige Verschreibungspraxis ernste soziale Probleme mit sich, insbesondere einen steilen Anstieg der Selbstvergiftungen • Die Wiederholungsrezepte über längere Zeit stiegen an und damit die Anzahl der Patienten, die in dauernder Behandlung bleiben, ohne ihren Arzt, zu konsultieren.^{9,10,11} Die soziokulturellen Aspekte sind auch wichtig. Mit den Worten von LENNARD:

„Wenn ein Arzt eine Droge zur Kontrolle oder Lösung - oder beidem - von persönlichen und Lebensproblemen verschreibt tut er damit etwas mehr, als nur das durch das Problem bedingte Unbehagen zu lindern. Er teilt dem Patienten gleichzeitig ein Modell mit für einen akzeptablen und brauchbaren Weg, wie man persönliche und zwischenmenschliche Probleme behandeln kann.“¹²

Selbst wenn Pharmakotherapie eindeutig angezeigt ist wie bei der Behandlung von Psychosen mit Neuroleptika, bleiben viele Zweifel in bezug auf die richtige Verwendung bestehen. Die therapeutische Dosierung und Behandlungsdauer müssen jeweils empirisch festgelegt werden, dadurch kommt es in der Praxis zu enormen Unterschieden¹³. Als Nebenwirkung treten gewöhnlich neurologische Störungen auf In der Literatur wird über eine Häufigkeit sogenannter extrapyramidalen Symptome, wie Zittern, Unbeweglichkeit, Krämpfe, Gesichtsverzerrungen und Rastlosigkeit zwischen 20 und 40 % berichtet¹⁴. Dies mögen Unterschätzungen sein, da es ein Effekt der Droge ist, die schlimmsten neurologischen Symptome zu unterdrücken und zu verbergen so daß sie erst nach Abschluß der Behandlung manifest werden.¹⁵ Orale Dyskinesie, eine Unruhe im Bereich des Mundes, die durch Gesichtszucken und Grimassen charakterisiert wird, ist ein besonders unglücklicher Effekt. Er bleibt oft nach der Behandlungsperiode bestehen und kann irreversibel werden.¹⁶ Antiparkinsonmittel werden oft zusammen mit Neuroleptika gegeben, um die Nebenwirkung zu reduzieren jedoch nur mit Teilerfolgen.¹⁷

Fundierte Beweise für ihre Wirksamkeit wären erforderlich, um die Anwendung von Langzeittherapie mit Neuroleptika zu rechtfertigen. In der Tat ist die Kenntnis über den klinischen Wert von Neuroleptika keineswegs vollständig, obwohl sie heute mehr als 300000 Patienten der ganzen Welt intramuskulär erhalten,¹⁸ Es gibt wenige Zweifel, daß die Wiederaufnahmeraten in psychiatrischen Kliniken dadurch abgenommen haben, zumindest auf kurze Sicht.¹⁹ Im Laufe der Zeit bleibt dieser Vorteil jedoch nicht so eindeutig erhalten. Forscher in den Vereinigten Staaten haben berichtet, daß Unterschiede zwischen Behandlungsgruppen schizophrener Patienten und Placebogruppen sich schon nach einem Jahr vermindern und nach 5 Jahren verschwinden.^{20, 21}

PASAMANICK und seine Mitarbeiter zogen daraus die Folgerung, daß Langzeitneuroleptika der sozialen Verschlechterung der schizophrenen Patienten nicht vorbeugen können, sofern diese Therapie nicht mit sozialen Maßnahmen kombiniert wird.²¹ Andere Untersucher haben die Schläfrigkeit, Unruhe, geringe Motivierung und schlechte soziale Anpassung vieler Patienten in ‚chemical remission‘ sowie die emotionalen und materiellen Verluste, die ihre Familien erleiden, betont.^{22, 23} Der Verdacht wurde geäußert, daß Langzeittherapie mit Neuroleptika die Versorgungsaufgabe für psychiatrische Dienste erleichtert, jedoch keinen vergleichbaren Vorteil für die Patienten und ihre Angehörigen bringt.¹³

Wie kann die Forschung helfen, diesen Zustand zu verbessern, den sie teilweise selbst geschaffen hat? Vor allem durch eine vermehrte Anwendung strenger klinischer Versuche und insbesondere des Randomized Controlled Trial, einer Technik, die sich in anderen medizinischen Gebieten als sehr wertvoll erwiesen hat. Hier müssen wir die Richtigkeit von COCHRANE's Kritik akzeptieren, daß:

„die Psychiatrie in den letzten 20 Jahren darin versagt hat, diese beiden Richtungen — die soziale und die psychopharmakologische — nutzbar zu machen ... wegen des Fehlers, Schätzungsmethoden entwickelt zu haben, die den Anforderungen des zufälligen kontrollierten Versuchs genügen.“²⁴

Zweitens müssen die langfristigen Effekte und Nebeneffekte der Medikamente einschließlich solcher schädlicher Effekte, wie chemische Vergiftung und neurologische Störungen, systematischer untersucht werden. Dazu brauchen wir genauere und zuverlässigere Meßinstrumente, die das neurologische, psychologische und soziale Funktionieren der Patienten in Langzeitbehandlung messen können.^{14, 25, 26}

Schließlich muß man auch mehr Aufmerksamkeit auf die Wirkung von Drogen bei ambulanten Patienten richten. Zu häufig werden neue Medikamente in klinischen Versuchen an stationären Patienten geprüft, dann in großem Umfang ambulanten Patienten verschrieben, deren Erkrankungen in der Symptomatologie, dem klinischen Schweregrad, der Prognose und — sehr wahrscheinlich — auch in der therapeutischen Reaktion ganz anders sind.^{27 28},

Da solche Forschung in unserer Gesellschaft von großer öffentlicher Bedeutung ist, sollte sie auch unabhängig von der pharmazeutischen Industrie aus öffentlichen Mitteln gefördert werden, um einen hohen Standard der wissenschaftlichen Objektivität zu sichern.

2. Einschätzung der Bedürfnisse innerhalb der Bevölkerung

Das zweite Forschungsgebiet, das ich umreißen möchte, sind Populationsstatistiken und Epidemiologie der psychischen Erkrankungen. Psychiatrische Dienste müssen sowohl in bezug auf die psychisch Kranken, die sie nicht behandeln, als auch in bezug auf diejenigen, die sie behandeln, beurteilt werden. Wir benötigen Informationen darüber, wieviele Personen innerhalb einer bestimmten Bevölkerung an seelischen Störungen leiden, wie sie in der Bevölkerung verteilt sind und welche klinischen, demographischen oder sozialen Faktoren entscheiden, welche kranken Personen behandelt und welche nicht behandelt werden.

In einer ersten Stufe erhält man auf solche Fragen durch eine Prüfung der deskriptiven Statistiken auf nationaler und lokaler Ebene wichtige Informationen. So kann man die Anzahl der Patienten, die in Kontakt mit psychiatrischen Diensten stehen, mit der erwarteten Anzahl der Patienten vergleichen, die aufgrund der Ergebnisse von Felduntersuchungen ermittelt wurden. Diese Technik ist anwendbar, wenn die Forschungsergebnisse als genau und zuverlässig akzeptiert werden können, wie z. B. die Häufigkeitsraten für schwer behinderte Kinder im Schulalter.^{29, 30} Obwohl in der Erwachsenen-Psychiatrie die erwarteten Zahlen nur selten so genau berechnet werden können, kann man oft daraus schließen, daß gewisse Patientengruppen in den verfügbaren Statistiken unterrepräsentiert sind. Um ein hiesiges Beispiel anzuführen: unser Mannheimer psychiatrisches Fallregister hat 1974 eine Rate für alle sogenannten ‚Suchtformen‘, einschließlich Alkoholismus, von weniger als eins pro 1000 Einwohner genannt.³¹ Da Felduntersuchungen in verschiedenen Großstädten über Alkoholismusraten von vier bis zu neunzehn pro 1000 ermittelt wurden,³² und da Mannheim eine Stadt mit einem hohen Anteil an Gastarbeitern und einer hohen Selbstmordrate ist, muß diese Schätzung als viel zu niedrig betrachtet werden.

„Screening“-Untersuchungen in verschiedenen zuständigen Einrichtungen können sehr wertvoll sein, um die Dunkelziffer zu schätzen. Ein gutes Beispiel hierfür ist die Untersuchung ALARCON's über Drogenmißbrauch in einem südenenglischen Gebiet.³³ Die erste Untersuchung, die 1966/67 unternommen wurde, verwendet fünf „screening“-Methoden, nämlich:

1. Berichte von Bewährungshelfern über Delinquente;
2. lokale Polizeiberichte;
3. eine Untersuchung aller Patienten, die wegen Überdosen von Medikamenten in Krankenhäusern behandelt werden;
4. eine Untersuchung aller jungen Patienten, die wegen Gelbsucht in Krankenhäusern behandelt werden;
5. Berichte von registrierten drogensüchtigen Patienten.

Die Heroinsuchtraten in den Altersgruppen 15 bis 20 wurden auf 8,5 pro 1000 geschätzt, eine Rate, die in starkem Kontrast zu der früheren öffentlichen Einschätzung von 1,4 pro 1000 steht. Durch eine Untersuchung des Zeitpunkts der ersten Injektion in jedem Fall und der Identität der Person, die den Patienten zum Drogenmißbrauch gebracht hat, stellte Alarcon fest, daß sich die Neuerkrankungsrate nach einer kurzen Latenzperiode steil erhöht hat und durch die Zunahme von direkter Person-zu-Person-Übermittlung verursacht wurde. Dieser Übermittlungsprozeß entspricht demjenigen einer infektiösen Epidemie. Später hat Alarcon mit einer umfassenderen Technik dieselbe Untersuchungspopulation für alle Arten intravenösen Drogenmißbrauchs geprüft. Dabei konnte er zeigen, wie die Inzidenz der Methedrin-Abhängigkeit rasch unter Kontrolle gebracht werden konnte, indem durch ein neues Gesetz die freie Verschreibung dieses Mittels verboten wurde.³⁴

Der Wert von Felderhebungen für die psychiatrische Planung wurde heftig diskutiert. Die in der Literatur berichteten Häufigkeitsraten psychischer Störungen variieren stark. Bis jetzt ist es noch niemandem gelungen, solche Raten als Index für medizinische und soziale Bedürfnisse zu verwenden. Untersuchungen in der Allgemeinpraxis stellen einen Schritt in dieser Richtung dar, weil die Patienten, die als psychisch auffällig identifiziert wurden, sich schon zu ihren Ärzten begeben haben mit der Bitte um Behandlung; die Frage ist dann nur die, welcher Anteil der Patienten als psychiatrische Fälle diagnostiziert und welche dementsprechende Behandlung angeboten werden soll.

Eine britische Allgemeinpraxis-Untersuchung³⁵ zeigte, daß 22% der erwachsenen Patienten, die in einem Jahr einen Allgemeinpraktiker konsultierten, d.h. etwa 14% aller erwachsenen Patienten, die im Rahmen des ‚National Health Service‘ registriert wurden, an psychischen Störungen litten, meistens an Neurosen oder depressiven Zuständen. Nur einer von 20 dieser Patienten wurde während des Erhebungsjahres zum Psychiater überwiesen. Vorläufige Ergebnisse unserer Allgemeinpraxis-Studie in Mannheim³⁶ und in Oberbayern³⁷ deuten darauf hin, daß die Lage hier in der BRD sehr ähnlich ist. Es wird dadurch immer klarer, daß psychiatrische Einrichtungen nur einen kleinen Teil psychisch gestörter Personen in der Bevölkerung behandeln können, und daß die Gemeindepsychiatrie um jene ‚primären Versorger‘ herum aufgebaut werden muß - Hausärzte, Gemein- deschwestern, Sozialarbeiter und andere - die direkte Kontakte zu der größten Anzahl gestörter Menschen unterhalten.^{38, 39} Die Tatsache, daß psychiatrische Krankheit in der Bevölkerung in Zusammenhang steht mit physischen Erkrankungen^{40, 41} und mit sozialen Behinderungen verschiedener Art^{42, 43}, unterstützt die Auffassung, daß eine engere Zusammenarbeit zwischen Psychiatern, Allgemeinpraktikern und Sozialarbeitern notwendig ist, insbesondere wenn ein Modell der präventiven Versorgung entwickelt werden soll⁴⁴.

3. Evaluation experimenteller Einrichtungen

Der letzte Typ angewandter Forschung, den ich erwähnen möchte, ist die Bewertung neuerer psychiatrischer Dienste oder Neuerungen in den bereits existierenden Diensten. Wir sind zu der Erkenntnis gekommen, daß die Struktur und Funktion psychiatrischer Einrichtungen von großer Bedeutung für die psychiatrische Prognose ist, nicht nur, weil sie das Therapieangebot an den Patienten bestimmen, sondern auch, weil die Institution selbst eine Auswirkung auf den Verlauf und die Folgen der Krankheit hat.

In den 50er Jahren hat Erving GOFFMAN die ‚totale Institution‘⁴⁵ definiert und ein englischer Psychiater, Russell BARTON, hat ein Syndrom beschrieben, das er als ‚institutionelle Neurose‘ bezeichnete,⁴⁶ und die andere als ‚Institutionalismus‘ bezeichneten.⁴⁷ 1960 hatte Barton die Gelegenheit, seine Ideen in der Praxis zu prüfen, als er als Direktor des großen, bis dahin sehr rückständigen Landeskrankenhauses Severalls eingestellt wurde. Er begann einen energischen Kampf gegen die ältere institutionelle Praxis, während gleichzeitig ein Forschungsteam unter John WING versuchte, die Ergebnisse zu prüfen und auszuwerten.⁴⁸

Das zugrunde liegende Forschungsdesign bestand aus zwei Teilen: zunächst aus einer Vergleichsstudie der klinischen und sozialen Zustände chronischer Patienten in Severalls und in zwei fortschrittlicheren Landeskrankenhäusern; zweitens aus einer Längsschnittstudie, in der Veränderungen im Zustand dieser Patienten als Ergebnis der neuen Administrationspolitik gewertet wurden.

Die Hauptergebnisse waren eindeutig: chronisch schizophrene Patienten im Krankenhaus Severalls waren ursprünglich viel stärker behindert als die vergleichbaren Patienten in den anderen beiden Institutionen. Die Unterschiede konnten durch keine selektive Aufnahme- oder Entlassungspolitik erklärt werden, Während der nächsten vier Jahre spiegelten sich die verbesserten sozialen Bedingungen für die Patienten in Severalls in einer entsprechenden klinischen Verbesserung wider. Gleichzeitig wurde eine unerwartete Verschlechterung der Bedingungen in beiden Kontrollinstitutionen, durch Personalwechsel verursacht, von einer Zunahme der klinischen Schweregrade begleitet. Bei den Zusammenhängen zwischen klinischen und sozialen Änderungen bestand der engste Zusammenhang zwischen der Ebene geplanter sozialer Aktivitäten und dem Schweregrad des schizophrenen Rückzugs.

Diese Ergebnisse sind von Bedeutung für die klinische Psychiatrie, da sie die Annahme bestätigen, daß die Handbuch-Beschreibung von chronischer Schizophrenie teilweise das Resultat einer verarmten sozialen Umgebung ist. Nur ein Jahr, bevor diese Untersuchung begonnen wurde, hat LANGFELDT auf dem zweiten Weltkongreß der Psychiatrie erklärt, daß „nichts Bedeutsames über den Einfluß psychologischer und sozialer Faktoren auf den Verlauf der Schizophrenie festgestellt wurde.“⁴⁹ Eine solche Bemerkung könnte heute nicht mehr von einem Experten gemacht werden.

Erst kürzlich sind ähnliche Verfahren, klinische und soziale Veränderungen zu vergleichen, in der Evaluation der psychiatrischen Versorgung in der Gemeinde angewendet worden. So haben meine Londoner Mitarbeiter und ich z. B. einen Zusammenhang zwischen klinischem Schweregrad und sozialer Anpassung bei chronisch neurotischen Patienten gefunden.⁵⁰ Außerdem haben wir einen kontrollierten Versuch durchgeführt, in dem einer Versuchsgruppe chronisch neurotischer Patienten in der Gemeinde die Hilfe von Sozialarbeitern angeboten wurde, während die Kontrollgruppe nur die normale ärztliche Betreuung bekam.⁵¹ Die Versuchsgruppe erwies sich nach einem Jahr, sowohl in ihrem klinischen Zustand, als auch in ihrer sozialen Anpassung als signifikant mehr gebessert. Diese letzte Studie demonstriert, daß evaluative Forschung in der Gemeinde durchführbar ist.

Schlußfolgerung

Evaluative Forschung in bezug auf psychiatrische Dienste stellt uns zwei grundsätzlichen Fragen gegenüber: zunächst, nach welchen Kriterien soll eine psychiatrische Einrichtung beurteilt werden? Zweitens, wie gut entsprechen sich die Ziele und auch die zugrundeliegende Philosophie von Verwaltungsfachleuten, Klinikern und Wissenschaftlern, und wie kann effektive Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen ihnen gesichert werden?

WING versucht in einem kurzen Überblick, diese Fragen zu beantworten,⁵² Er postuliert, daß es das Grundziel psychiatrischer Dienste wie auch aller anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens sei, Erkrankungs- und Sterblichkeitsraten in der Bevölkerung zu reduzieren oder in den Griff zu bekommen. Daraus folgt, daß psychiatrische Dienste sowohl eine präventive als auch eine klinische Funktion haben sollen und daß sie sowohl nach epidemiologischen als auch nach klinischen Kriterien beurteilt werden sollen.

Da solche Kriterien in der Psychiatrie besonders schwierig anzuwenden sind, muß eine Reihe sekundärer Ziele formuliert werden, die von Grundprinzipien medizinischer Versorgung abgeleitet sind. Der psychiatrische Dienst soll die Verantwortung für eine bestimmte Bevölkerung übernehmen, ein umfassendes Spektrum von Behandlungs- und Versorgungseinrichtungen anbieten und nach innen und außen ein gutes Kommunikationssystem erhalten, um eine integrierte und leicht zugängliche Versorgung der Bevölkerung zu sichern. Zusätzlich soll er allen Patienten eine gleiche Qualität der Versorgung anbieten. Insgesamt stellen diese Kriterien eine gute Grundlage dar, um psychiatrische Dienste zu beurteilen.

Wenn eine solche Kriterienreihe gegeben ist, können die Ziele von Planern und Wissenschaftlern übereinstimmen, obwohl ihre Rollen ganz unterschiedlich sind. Laut WING:

„Die Planer entscheiden über die Prioritäten verschiedener Entwicklungen; aber sie müssen dann auf unabhängige Evaluation der Ergebnisse vorbereitet sein: es wäre ein ungewöhnlicher Planer, der die Ergebnisse seiner eigenen Entscheidung objektiv beurteilen kann. Die Wissenschaftler befassen sich mit der Effektivität, mit der psychiatrische Dienste ihre Aufgabe ausführen, die Morbidität zu reduzieren oder in Grenzen zu halten, und die so gewonnene Erfahrung wird sie dann befähigen, Empfehlungen für Veränderungen zu machen; aber sie können die Entscheidung selbst nicht fällen. Planungsphilosophien sind grundsätzlich politisch, während Evaluationsphilosophien grundsätzlich wissenschaftlich sind.“

Man sollte vielleicht hinzufügen, daß erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Planern und Wissenschaftlern am besten erreicht werden kann, wenn beide gemeinsame Anschauungen über Probleme institutioneller und sozialer Veränderungen haben. Karl POPPER hat zwei kontrastierende Ansichten, die er als die ‚schrittweise‘ und die ‚utopische‘⁵³ bezeichnet, beschrieben. Ohne Zweifel ist die erstere für evaluative Forschung günstiger, da sie einen kontinuierlichen Prozeß fördert, wobei institutionelle Veränderungen beobachtet und in bezug auf Forschungsergebnisse modifiziert werden können. Dafür ist es erforderlich, daß einzelne Neuerungen auf lokaler Ebene experimentell durchgeführt werden und daß eine Vielfalt neuer Methoden erprobt wird. Evaluative Forschung kann kaum sinnvoll sein in einem Kontext, in dem institutionelle Veränderungen von einer zentralen Bürokratie beschlossen und auferlegt werden. In der Tat ist evaluative Forschung als ein wichtiger Bestandteil der sich selbst regulierenden sozialen Prozesse zu verstehen, die nur in einer ‚offenen‘ Gesellschaft effektiv funktionieren können, deren Funktionsfähigkeit jedoch selbst zum Überleben der ‚offenen‘ Gesellschaft erforderlich ist.

Literaturverzeichnis

1. Jones, K. (1972) A History of the Mental Health Services. London. Routledge.
2. Deutsch, A. (1949) The Mentally Ill in America. New York. Columbia University Press.
3. Shepherd, M. (1962) „Comparative psychiatric treatment in different countries“, in: Aspects of Psychiatric Research (Hg. Richter, D. et al.) London. Oxford University Press.
4. Lewis, A. J. (1962) Yale, J. Biol. Med., 35, 62.
5. Tourney, G. (1967) Amer. J. Psychiat., 124, 784.
6. Editorial (1974) Lancet, i, 1325.
7. Balter, M. B., Levine, J. & Mannheimer, D. I. (1974) New Engl. Med. J., 290, 769.
8. Smith, A. J. (1972) Brit. med. J., iv, 157.
9. Balint, M. et al. (1970) Treatment or Diagnosis. London. Tavistock.
10. Dunnell, K. & Cartwright, A. (1972) Medicine Takers, Prescribers and Hoarders. London. Routledge.
11. Parsons, P.A. (1971) J. Roy. Coll. gen. Practit, 21, Supplement 4.
12. Lennard, H. L., Epstein, L. J., Bernstein, A. & Ransom, D. C. (1971) Mystification and Drug Misuse. San Francisco. Jossey-Bass.
13. Watt, D. C. (1975) Psychol. Med., 5, 222.

14. Kennedy, D. F., Hershon, H. I. & McGuire, R. J. (1971) *Brit. J. Psychiat.*, 118, 509.
15. Degwitz, R. et al. (1966) *Arzneimittel-Forschung*, 16, 276.
16. Katsamuri, H., Chien, C. P. & Cole, J. O. (1972) *Arch. gen. Psychiat.*, 27, 491.
17. Mindham, R. H. S., Gajnd, R., Anstee, B. H. & Rimmer, L. (1972) *Psychol. Med.*, 2, 406.
18. Leff, J. P. (1975) „Maintenance therapy and schizophrenia" in: *Contemporary Psychiatry* (Eds. Silverstone, T. & Barraclough, B.) *Brit. J. Psychiat.*, Special Publication No. 9. Ashford. Hedley Bros.
19. Hirsch, S. R. et al. (1973) *Brit. med. J.* i, 633.
20. Engelhardt, D. M. & Freedman, N. (1939) „Maintenance Drug Therapy: The Schizophrenie patient in the community" in: *Social Psychiatry*, vol. 1, (Ed. Kiev, A.) New York. Science House.
21. Davis. A. E., Dinitz, S. & Pasamanick, B. (1972) *Amer. J. Orthopsychiat.*, 42, 375.
22. Andrews, W. N. (1973) „Long-acting tranquillizers and the amotivational syndrome in the treatment of schizophrenia" in: *Community Management of the Schizophrenie in Chemical Remission* (Ed. King, M. H.) Amsterdam. Excerpta Medica.
23. Goldberg, E. M. (1971) „Research in Social Work" in: *Portfolio for Health* (Ed. McLachlan, G.) London. Oxford University Press.
24. Cochrane, A. L. (1971) *Effectiveness and Efficiency* (p. 59) London. Nuffield Provincial Hospitals Trust.
25. Griffiths, R. D. (1974) *Psychol. Med.*, 4, 316.
26. Stevens, B. C. (1972) *Psychol. Med.*, 2, "7.
27. Cooper, B. (1966) *Soc. Psychiat.*, 1, 7.
28. Fahy, T. J. (1974) *Brit. J. Psychiat.*, 124, 231.
29. Kushlick, A. (1966) *Soc. Psychiat.*, 1, 73.
30. Wing, L (1971) *Psychol. Med.*, 1, 405.
31. Rey, E.-R. (1974) unpublished data. Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim.
32. Mellor, C. S. (1970) „The epidemiology of alcoholism" in: *Contemporary Psychiatry* (Op. cit.)
33. Alarcon, R. de (1969) *W. H. O. Bulletin on Narcotics*, 21, 17.
34. Alarcon, R. de (1972) *Psychol. Med.*, 2, 293.
35. Shepherd, M., Cooper, B., Brown, A.C. & Kalton, G. (1966) *Psychiatric Illnes in General Practice*. London. Oxford University Press.

36. Zintl-Wiegand, A. et al. (1976) Unveröffentlichtes Ms. et al. (1976) Unveröffentlichtes Ms. Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim.
37. Dilling, H. (1975) Unpublished data. Nervenlinik der Universität München, München.
38. World Health Organization (19^v3) Psychiatry and Primary Medical Care. Copenhagen W. H. O. Regional Office for Europe.
39. Brook, P. & Cooper, B. (1975) J. Roy. Coll. gen. Practit., 25, 93.
40. Downes, J. & Simon, K. (1954) Milbank Wem. Fund. Quart., 32, 42.
41. Eastwood, M. R. & Trevelyan, M. H. (1972) Psychol. Med., 2, 363.
42. Paykel, E., Weissman, M. Prusoff, B. A. & Tonks, C. M. (1971) J. nerv. ment. Dis., 152, 158.
43. Cooper, B. (1972) Proc. Roy. Soc. Med., 65, 509.
44. Caplan, G. (1964) Principles of Preventive Psychiatry. New York. Basic Books.
45. Goffmann, E. (1961) Asylums. New York. Doubleday.
46. Barton, R. (1959) Institutional Neurosis. Bristol. John Wright.
47. Wing, J. K. (1962) Brit. J. soc. clin. Psychol., 1, 38.
48. Wing, J. K. & Brown, G. W. (1970) Institutionalism and Schizophrenia London. Cambridge University Press.
49. Langfeldt, G. (1959) „The Prognosis in Schizophrenia" in: Congress Report, 1, 220, Second Int. Congress of Psychiatry, 1957 Zurich. Orell Füssli.
50. Cooper, B. (1973) „Statistics from General Practice" in: Roots of Evaluation (Eds. Wing. J. K. & Hafner, H.) London. Oxford University Press.
51. Cooper, B., Harwin, B. G., Depla, C. M. & Shepherd, M. (1974) Lancet, ii, 1356.
52. Wing. J. K. (1973) Principles of Evaluation in: Roots of Evaluation (Op. cit.)
53. Popper, K. R. (1960) The Poverty of Historicism. 2nd Edition. London. Routledge.

Forschungsergebnisse und praktische Erfahrungen auf dem Gebiet der Alterspsychiatrie in ihrer Bedeutung für die Reform der psychiatrischen Versorgung

H. Lauter

Es gehört zu den interessanten Erfahrungen des klinisch tätigen Psychiaters, daß sich die Altersverteilung und die diagnostische Zusammensetzung der in den großen psychiatrischen Krankenhäusern untergebrachten Patienten in den letzten zwei Jahrzehnten stark gewandelt hat. Während der Anteil jüngerer Kranker an dem Stichtagsbestand psychiatrischer Institutionen erheblich zurückgegangen ist, hat sich die Zahl der senilen und präsenilen Psychosen teilweise verdoppelt. Unter den Erstaufnahmen vieler Landeskrankenhäuser stehen heute neben dem Alkoholismus vielfach auch die psychischen Störungen des höheren Lebensalters an erster Stelle. In dieser Entwicklung spiegelt sich nicht nur die veränderte Alterspyramide in der Bevölkerung, sondern auch der soziale Strukturwandel unserer Industriegesellschaft wider. Dabei ist nicht nur zu denken an die Wandlungen der ländlichen seßhaften Großfamilie zur mobilen Kleinfamilie und an die vermehrte Berufstätigkeit der Frauen, Faktoren, die die Einweisung eines psychisch kranken alten Menschen in ein psychiatrisches Krankenhaus begünstigen, sondern auch an den Ausbau des Versicherungswesens oder an die gesetzlichen Einweisungsbestimmungen, die den Weg ins psychiatrische Krankenhaus oft in einer für die Patienten verhängnisvollen Weise zu einer leicht gangbaren Einbahnstraße machen.

Dieser enormen praktischen Bedeutung der Alterspsychiatrie entspricht in letzter Zeit auch ein wachsendes Interesse an der Gerontopsychiatrie als Forschungsgegenstand. Noch bis in die letzten Jahrzehnte hinein galt dieses Gebiet als ein unergiebig und unattraktiver Wissenschaftsbereich. Auch und gerade auf dem Gebiet der psychischen Krankheiten erschien das Alter ausschließlich unter dem negativen Aspekt eines unausweichlichen Übels, durch welches sich Schwierigkeiten aller Art nur verstärken und gegen das so gut wie nichts getan werden konnte. Alterspsychiatrie war praktisch identisch mit organischem Defekt und Demenz, gegen welche ohnehin kein Kraut gewachsen war, und auch bei der Lektüre mancher gängiger psychiatrischer Lehrbücher muß man den Eindruck gewinnen, als ob es sich bei den seelischen Alterserkrankungen ausschließlich um irreparable, therapieresistente Störungen handelt.

Es war daher geradezu eine Pioniertat, als Martin ROTH in Großbritannien vor nunmehr zwanzig Jahren für die Alterspsychiatrie eine

wissenschaftliche Entwicklung nachholte, die¹ um die Jahrhundertwende für das Gebiet der Erwachserienpsychiatrie schon von KRAEPELIN geleistet worden war: Nämlich die genaue Beschreibung und Klassifikation zahlreicher, durchaus verschiedenartiger, im höheren Lebensalter auftretender Krankheitsbilder aufgrund ihrer psychopathologischen Symptome, des körperlichen Befundes, des EEGs, des Krankheitsverlaufes und des Sektionsergebnisses. Das wesentliche Ergebnis dieser Bemühungen war die Erkenntnis, daß die bis dahin fast ausschließlich diagnostizierte Hirnarteriosklerose und senile Demenz weder die einzigen noch die häufigsten Diagnosen bei über 65jährigen, in psychiatrischen Krankenhäusern hospitalisierten Patienten darstellten, sondern daß das Spektrum dieser Krankheiten sehr viel reichhaltiger und vielseitiger ist, als dies früher angenommen wurde. Es zeigte sich, daß es unter der Patienten mit organischen Hirnstörungen eine nicht geringe Gruppe von vorübergehenden Verwirrtheitszuständen gab, die keineswegs immer durch eine Hirnarteriosklerose bedingt, sondern durch verschiedenartige körperliche Grundkrankheiten verursacht waren — z. B. durch Mangel an Flüssigkeitszufuhr, Elektrolytverschiebungen, Vitaminmangelzustände, Intoxikationen — und bei richtiger Diagnose und Therapie sich als völlig reversibel erwiesen. Außerdem stellte sich heraus, daß es neben den organisch bedingten psychiatrischen Alterserkrankungen auch solche gab, die ebenso wie bei jüngeren Patienten nicht auf einer erkennbaren körperlichen Grundlage beruhen: hierzu gehört neben einer kleineren Gruppe von erstmals im höheren Lebensalter auftretenden Wahnerkrankungen eine sehr große Zahl von Spätdepressionen, die vielfach wegen ihres organischen Kolorits fälschlicherweise als Ausdruck einer Hirnarteriosklerose fehlgedeutet wurden und auch heute noch werden, die aber auch dann, wenn sie mit einer solchen hirnorganischen Krankheit einhergehen, einen völlig unabhängigen Verlauf zeigen und auf Behandlungsmaßnahmen meist ebensogut ansprechen wie gleichartige Störungen im jüngeren Lebensalter. In der Folgezeit zeigte sich mehr und mehr, daß solche prognostisch günstigen Erkrankungen zuverlässig von den zum geistigen Abbau führenden hirnorganischen Leiden abgegrenzt werden konnten. Es wurden standardisierte diagnostische Untersuchungsinstrumente entwickelt und in verschiedenen Kliniken angewandt. Dabei ergab sich, daß vermeintliche Unterschiede in der Häufigkeit solcher gutartigen Alterserkrankungen, wie sie bis dahin in mehreren Anstalten oder beim Vergleich zwischen USA und Großbritannien festgestellt wurden, nicht auf einem verschiedenartigen diagnostischen Verteilungsmuster beruhen und nur zum geringen Grad durch unterschiedliche Aufnahme- und Einweisungspraktiken bedingt sind, sondern größtenteils mit der unterschiedlichen Anwendung von diagnostischen und klassifikatori-

sehen Kriterien zusammenhängen. Mit anderen Worten: die Erhebungen von ROTH können auch auf andere Behandlungseinrichtungen übertragen werden. Überall in der Welt sind psychische Alterskrankheiten nur zum Teil Folge von irreversiblen hirnrorganischen Krankheitsprozessen; zum anderen Teil handelt es sich um durch verschiedenartige Ursachenkonstellationen hervorgerufene, prognostisch allgemein günstige und einer erfolgreichen Behandlung zugängliche Leiden.

War durch diese Untersuchungen erstmals eine Bresche in die fatalistisch-resignierte Auffassung von den psychiatrischen Alterskrankheiten geschlagen, so kam es in den sechziger Jahren auch im deutschsprachigen Raum zur Entwicklung eines Forschungsprogramms, das in gleicher Weise geeignet war, die Gleichgültigkeit und Passivität gegenüber Altersfragen zu überwinden und das Problem der seelischen Gesundheit im Alter differenzierter und optimistischer zu beurteilen. Ich spreche von der sogenannten Lausanner Enquete, die es sich unter Leitung von Christian MÜLLER zum Ziel setzte, den Einfluß des höheren Lebensalters auf vorbestehende psychiatrische Erkrankungen zu untersuchen. Dabei wurde von dem Plan ausgegangen, das Schicksal von ca. 5600 Patienten durchschnittlich 30-40 Jahre nach einem ersten Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus zu verfolgen und die im Senium festgestellten Veränderungen günstiger und ungünstiger Art mit allen Variablen in Beziehung zu setzen, die bei dieser Entwicklung eine Rolle spielen konnten. Die besonders günstigen Bedingungen zur Nachuntersuchung in einem kleinen Land brachten es mit sich, daß trotz der verstrichenen Jahrzehnte die Spur von mehr als 96% der Ausgangspopulation wiedergefunden werden konnte. Die Tatsache, daß gut drei Viertel der ursprünglichen Patienten mittlerweile verstorben waren, machte es allerdings erforderlich, die Wirkung dieses wichtigen Auslesefaktors durch zusätzliche Mortalitäts- und Todesursachenuntersuchungen abzuschätzen. Immerhin konnten aber noch fast tausend ehemalige Patienten mit dem ganzen weiten Spektrum psychiatrischer Diagnosen im Lauf der Jahre persönlich nachuntersucht werden. Dabei wurde die überraschende Beobachtung gemacht, daß das höhere Alter eindeutig einen günstigen Einfluß auf den Langzeitverlauf vieler seelischer Krankheiten ausübt. Im allgemeinen dämpft und mildert das Alter die Heftigkeit und Intensität von psychischen Störungen der verschiedensten Art, manchmal so weit, daß ganz erstaunliche späte Resozialisierungen beobachtet werden. Nur bei einer Minderzahl von Kranken kommt es im Laufe vieler Jahrzehnte zu einer Verschlimmerung vorbestehender psychischer Störungen, insbesondere dann - aber auch hier nicht obligatorisch —, wenn gleichzeitig senil-organische Abbauprozesse auftreten. Nicht selten drängen sich im Alte- verstecktere und weniger lautstarke, dafür aber um so hartnäckigere Leiden, z. B. psychosomati-

scher oder depressiver Art, in den Vordergrund. Auch zeigte sich, daß günstige Altersentwicklungen von einer ganzen Reihe von Faktoren abhängen. Die wichtigste dieser Variablen hat etwas mit der Ausgangspersönlichkeit zu tun: nämlich die Anpassungs-, Beziehungs- und soziale Leistungsfähigkeit lange von Ausbruch der Erkrankung. Das Goethe'sche „Gesetz, nach dem wir angetreten“, scheint also das Schicksal, auch das Krankheitsschicksal, bis ins hohe Alter hinein in hohem Maße zu bestimmen (CIOMPI). In zweiter Linie geht vor allem ein guter körperlicher Gesundheitszustand mit einer günstigen Langzeit- und Altersentwicklung einher. Des weiteren spielen Arbeits-, Familien- und Wohnverhältnisse eine Rolle. Bestmögliche allgemeinmedizinische Behandlung, sinnvolle Beschäftigung, Förderung sozialer Aktivitäten, namentlich in den Einrichtungen der geschlossenen Altenhilfe, gehören zu den wichtigsten Faktoren, die zu einer Besserung der psychischen Gesundheit im Alter beitragen. Dieselben Faktoren sind, wie wir aus anderen Untersuchungen wissen, für die Altersbevölkerung im allgemeinen von entscheidender Bedeutung.

Während die beiden bisher genannten Untersuchungen von Patienten psychiatrischer Fachkrankenhäuser ausgehen, richtete sich der Schwerpunkt des wissenschaftlichen Interesses mehr und mehr auch auf seelisch erkrankte alte Menschen außerhalb von psychiatrischen Institutionen. Sie wurden entweder durch Erhebungen in Nervenarztpraxen — wie z. B. von DILLING in Oberbayern — oder durch vollständige Erhebungen in den für sine bestimmte geographische Region zuständigen psychiatrischen, medizinischen und sozialen Einrichtungen - wie z. B. von HÄFNER und REIMANN in Mannheim ~ erfaßt. Darüber hinaus wurden aber auch Untersuchungen bei repräsentativen Bevölkerungsstichproben von über 65jährigen Personen durchgeführt, bei denen der Kontakt mit einem ärztlichen oder sozialen Dienst überhaupt kein Kriterium für die Einbeziehung in die Erhebung mehr darstellte. Solche alterspsychiatrischen Feldstudien wurden zunächst in den USA, in Großbritannien und Dänemark unternommen. In jüngster Zeit hat aber B. KRAUSS auch in der Bundesrepublik eine derartige Untersuchung gemacht und hierüber erste Ergebnisse vorgelegt, auf die ich mich in meinen Ausführungen wiederholt beziehen werde. Es handelt sich um eine repräsentative 3,5%ige Stichprobe von 350 über 70jährigen Einwohnern Göttingens, die zu Hause aufgesucht und bei denen neben dem psychiatrischen und allgemeinmedizinischen Gesundheitszustand auch verschiedene soziale Variablen erfaßt wurden.

Als übereinstimmendes Resultat solcher Felduntersuchungen kann festgehalten werden, daß etwa 25% der über 65jährigen Personen und etwa 30% der über 70jährigen Personen in der Wohnbevölkerung

an psychischen Störungen leiden. Davon entfallen etwa 8-12% auf das Gebiet der Hirnarteriosklerose und der senilen Demenz, etwa 3—5% auf die endogenen Psychosen und ca. 12—14% auf den Bereich der Persönlichkeitsstörungen, Neurosen und abnormen Erlebnisreaktionen. Neben diesen 30% mit psychischen Störungen im engeren Sinne konnte KRAUSS bei den über 70jährigen eine weitere große Gruppe von Personen identifizieren, bei denen leichtere oder mittelgradige hirnorganische Leistungseinbußen festzustellen waren. Solche Leistungsmängel ließen sich bei mehr als der Hälfte der Probanden nachweisen, so daß es sich hier also um altersentsprechende Befunde handelt, die keinen Krankheitswert haben; die Untersuchungsergebnisse bei dieser großer Gruppe sind aber insofern bemerkenswert, als es sich bei den hier erfaßten Leistungsmängeln möglicherweise um die Vorstufe schwerer hirnorganischer Erkrankungen handelt und weil sich die von diesen Leistungseinbußen betroffenen Personen hinsichtlich ihres allgemeinen körperlichen Gesundheitszustandes deutlich von den Probanden unterscheiden, deren intellektuelle Leistungsfähigkeit keine derartige Beeinträchtigung aufweist. Es wird ein interessantes Thema künftiger psychiatrischer Altersforschung sein, das Lebensschicksal dieser leicht beeinträchtigten Zwischengruppe zu verfolgen, die in Bezug auf ihre seelische Gesundheit zwischen den beiden Polen „gesund“ und „krank“ steht. Die genannten Felduntersuchungen zeigen also, daß die in psychiatrischen Krankenhäusern untergebrachten Patienten nur die kleine Spitze eines Eisberges darstellen, dessen weitaus größter Anteil sich unter der Oberfläche dieser Institutionen befindet. Eine adäquate psychiatrische Versorgung darf sich also nicht nur auf die Betreuung hospitalisierter Patienten beschränken, sondern muß sich in erster Linie an den Bedürfnissen derjenigen psychisch gestörten älteren Menschen orientieren, die sich nicht oder noch nicht in einem psychiatrischen Krankenhaus befinden. Solche Bemühungen können zunächst an einem außerordentlich wichtigen Forschungsergebnis ansetzen, nämlich der engen Verzahnung von seelischer und körperlicher Gesundheit gerade im höheren Lebensalter. In Übereinstimmung mit allen früheren Erhebungen hat auch die Göttinger Studie wieder gezeigt, daß zwischen körperlichem und seelischem Gesundheitszustand eine lineare positive Korrelation besteht. Von den 70 Probanden, bei denen keinerlei psychische Störungen vorhanden waren, wiesen 39% einen sehr guten körperlichen Gesundheitszustand auf, während die körperliche Gesundheit nur bei 7% schlecht war. im Gegensatz hierzu konnten von den 11 Probanden mit schweren psychischen Störungen nur 5% in die Kategorie „sehr guter körperlicher Gesundheitszustand“ eingereiht werden; bei 51% der psychisch schwer gestörten Probanden war auch der körperliche Gesundheits-

zustand sehr schlecht. Dabei ist es für die Probanden mit schlechtem körperlichem Gesundheitszustand kennzeichnend, daß sie fast ausnahmslos gleichzeitig an verschiedenen Krankheiten leiden; bei etwa der Hälfte aller untersuchten Probanden konnten fünf oder mehr körperliche Krankheiten festgestellt werden, wobei verschiedene Organsysteme betroffen waren. Auf keinem anderen Gebiet der Psychiatrie ist daher die gleichzeitige Berücksichtigung psychiatrischer und allgemeinmedizinischer Aspekte in Diagnostik und Therapie so unerlässlich wie bei der Betreuung älterer Menschen; nirgends ist die herkömmliche organisatorische Trennung von medizinischer und psychiatrischer Versorgung so verhängnisvoll wie bei der Behandlung der von der genannten Mehrfachmorbidität betroffenen Alterskranken. Die Folgen dieser Aufsplitterung sind auch aus dem Ergebnis der Mannheimer Studie deutlich abzulesen: die Mehrzahl der hospitalisierten psychiatrischen Alterskranken in Mannheim erhielt zwar eine gute internistische Versorgung, aber keine psychiatrische Behandlung; im Gegensatz dazu erhielt die etwas kleinere Gruppe der im psychiatrischen Landeskrankenhaus Aufgenommenen zwar eine gute psychiatrische Therapie, nicht aber den ganzen Fächer hochqualifizierter diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten eines modernen Allgemeinkrankenhauses angeboten (HAFNER). Gerade die Göttinger Studie hat aber darüber hinaus gezeigt, wie wichtig die Integration allgemeinmedizinischer und psychiatrischer Maßnahmen bereits im Vorfeld der Krankenhausbehandlung ist. Interessanterweise unterscheiden sich nämlich Probanden mit leichten psycho-organischen Störungen hinsichtlich ihres körperlichen Gesundheitszustandes weniger von den schwerer Gestörten und den Dementen als vielmehr von den psychisch Gesunden. Schwere körperliche Gesundheitsstörungen kommen also nicht erst bei fortgeschrittenen psychischen Störungen vor, sondern treten schon zu einem früheren Zeitpunkt auf, wenn psycho-organische Symptome erst in angedeuteter Form vorhanden sind. Schon leichte psycho-organische Krankheitssymptome fordern daher unbedingt zu frühzeitigen allgemeinmedizinischen Bemühungen diagnostischer und therapeutischer Art heraus.

Inwieweit werden nun solche Forderungen in der täglichen Versorgungspraxis in der Bundesrepublik bereits erfüllt? Auch hierüber kann aufgrund neuerer Forschungsergebnisse einiges ausgesagt werden. Von den über 70jährigen, die in der Göttinger Studie erfaßt wurden, hatten 88% innerhalb des letzten Jahres den Hausarzt gesehen: über 50% sahen ihn in mindestens 4wöchigem Abstand. Zwar sind unter denjenigen, die nie einen Arzt sehen, auch solche, die eigentlich medizinische Hilfe brauchten, aber es sind relativ wenige. Alle anderen sind ihrem Hausarzt bekannt. Der Hausarzt ist die einzige Instanz, die mit fast allen älteren Menschen regelmäßigen Kontakt hat und den

Bedarf an medizinischer und sozialer Hilfe vollständig erfassen kann.

Die Effizienz der ärztlichen Bemühungen läßt sich zur Zeit nicht exakt bestimmen. Legt man hierfür relativ grobe Parameter — wie die Häufigkeit des Arztbesuches oder Art und Zahl der verabreichten Medikamente — zugrunde, so gelangt man aufgrund der Göttinger Studie zu einer interessanten Feststellung: Teilt man nämlich die untersuchten Probanden in zwei Extremgruppen ein, von denen die Gruppe A aus Personen mit optimaler körperlicher und seelischer Gesundheit, die Gruppe B dagegen aus Probanden besteht, die sowohl hinsichtlich ihres körperlichen als; auch ihres seelischen Gesundheitszustandes besonders schlecht gestellt sind, so wird die Gruppe B durch den Hausarzt besser und intensiver betreut als die Gruppe A. Bildet man aber noch eine Zwischengruppe, die nur entweder im psychischen oder im somatischer Bereich schwer, im anderen hingegen lediglich leicht gestört ist, so erfährt diese Zwischengruppe in etwa die gleiche ärztliche Betreuungsintensität wie die schwerer gestörten Probanden der Gruppe B. Mit anderen Worten: die etwas Kränkeren werden zwar besser betreut als die Gesünderen, aber eine weitere Zunahme der gesundheitlichen Störung geht offenbar nicht mehr mit einer Intensivierung der hausärztlichen Behandlung einher. In den fortgeschrittenen Stadien der Alterskrankheiten entsteht also allem Anschein nach ein therapeutisches Vakuum, das allenfalls in den Endstadien der Erkrankung nunmehr durch eine institutionelle Betreuung wieder ausgeglichen wird.

Auf einige Mängel in der ärztlichen Versorgung weisen auch andere Ergebnisse der Göttinger Untersuchung hin: fast die Hälfte der Probanden, bei denen eine Herzinsuffizienz festzustellen war, erhielten kein Digitalis, und nur bei 2% der über 70jährigen wurde eine physikalische Therapie innerhalb eines Jahreszeitraums verordnet, obwohl fast 50% dieser Altersgruppe mehr oder weniger an einer arthrotischen oder rheumatischen Erkrankung leiden und in ihrer Mobilität teilweise erheblich eingeschränkt sind. Bei etwa einem Viertel ihrer Probanden hielten die Göttinger Untersucher eine Intensivierung der hausärztlichen Behandlung für erforderlich, bei einem Fünftel die Überweisung zu einem Facharzt und bei ungefähr 3% der Probanden eine zumindest kurzfristige Krankenhausaufnahme. Dies bedeutet, daß in einer Stadt mit 100000 Einwohnern immerhin fast 350 über 70jäh-rige zu Hause leben, die eigentlich wenigstens vorübergehend in ein Krankenhaus eingewiesen werden müßten.

Aus diesen Untersuchungsergebnissen läßt sich mit aller Vorsicht der Schluß ziehen, daß die hausärztliche Betreuung alter Menschen quantitativ relativ gut, qualitativ aber nicht immer ausreichend ist. Diagno-

stische Maßnahmen werden oft nicht regelmäßig genug durchgeführt und die Behandlung ist im ganzen zu wenig differenziert. Dies mag bis zu einem gewissen Grade mit einer resignativen Einstellung des Arztes zusammenhängen, in der sich die fatalistisch-pessimistische Haltung der Gesellschaft gegenüber dem Alter widerspiegelt. Sicher ist auch gerade die Untersuchung älterer Menschen — ebenso wie deren therapeutische Beratung — besonders aufwendig. Wichtiger ist aber sicher die mit wachsender psychischer Behinderung einhergehende zunehmende Mobilitätseinschränkung, die durch eine Mobilität der Ärzte oder der pflegerischen Dienste leider nicht ausreichend kompensiert wird. Außerdem hat sich in der Göttinger Studie gezeigt, daß sich bei zunehmender Hirnleistungsschwäche die Fähigkeit des älteren Menschen vermindert, seine Krankheitssymptome in Form von spontan geäußerten Beschwerden dem Arzt anzubieten. Ein Arzt-Patienten-Verhältnis, das darauf baut, daß der ältere Mensch in der Sprechstunde erscheint und dort bestimmte gesundheitliche Bedürfnisse zum Ausdruck bringt, wird der besonderen Situation älterer Menschen nicht gerecht.

Zu den Mängeln der hausärztlichen Versorgung älterer Menschen gehört — wie gesagt —, daß zu selten von der Möglichkeit der Facharztüberweisung Gebrauch gemacht wird. Dies gilt auch und in besonderem Maße für die Überweisung zum Nervenarzt. Aus der Nervenarzt-Untersuchung von DILLIMG ergibt sich beispielsweise, daß 7,7% der bayerischen Bevölkerung 70 Jahre und älter sind, daß aber der Anteil dieser Altersgruppe an der nervenärztlichen Klientel nur 7,1% beträgt — trotz der im Vergeßlich zu jüngeren Altersgruppen deutlich erhöhten psychiatrischen Gesamtmorbidität der alten Menschen. In Göttingen befanden sich 87,5% der Probanden mit einem dementiven Prozeß weder in stationärer noch in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Von sämtlichen in die Untersuchung einbezogenen 333 Probanden hatten immerhin 0,6% im Laufe des letzten Jahres einen Nervenarzt aufgesucht und weitere 1,3% standen in stationärer psychiatrischer Behandlung. Gemessen an der vorhin erwähnten hohen psychiatrischen Krankheitsrate erscheint aber die psychiatrische Betreuungsdichte doch als zu gering. Dies zeigt sich auch an der Tatsache, daß nur die Hälfte der an einer endogenen Depression Erkrankten in psychiatrischer Behandlung steht und nur 40% mit antidepressiven Medikamenten behandelt werden. In den wenigen in der Bundesrepublik vorhandenen Polikliniken, die an psychiatrische Universitätskliniken angeschlossen sind, liegt der Anteil der psychiatrischen Alterspatienten meist noch erheblich niedriger als in den nervenärztlichen Praxen.

Es ist hier nicht der Ort, um näher auf die Situation psychisch kranker alter Menschen in psychiatrischen Krankenhäusern oder in Alten- und

Pflegeheimen einzugehen. Es sei nur am Rande erwähnt, daß sich nach den statistischen Erhebungen der Enquete-Kommission die Universitätskliniken so gut wie gar nicht an der psychiatrischen Versorgung alter Menschen beteiligen. Es ist zu ermessen, was dies für die Ausbildung der Medizinstudenten und für die Forschung auf dem Gebiet der Gerontopsychiatrie bedeutet. In einer wissenschaftlichen Untersuchung in Nordrhein-Westfalen hat BERGENER festgestellt, daß von 447 in Landeskrankenhäusern untergebrachten über 65jährigen Patienten 48% zum Zeitpunkt der Untersuchung keine ständige psychiatrische Pflege mehr benötigten und ebensogut in einem Altenpflegeheim hätten untergebracht werden können; andererseits bestand bei 29% der Bewohner von Alten- und Altenpflegeheimen öffentlicher Träger eine psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit. Dieses Untersuchungsergebnis wirft ein deutliches Licht auf das Problem der Fehlplazierung älterer Menschen. Solche Fehlplazierungen könnten nur dann zuverlässig vermieden werden, wenn vor der Einweisung eines alten Menschen in ein psychiatrisches Krankenhaus oder in eine Einrichtung der geschlossenen Altenhilfe regelmäßig eine ganz genaue Beurteilung der medizinischen, psychologischen und sozialen Bedürfnisse erfolgen würde. Ein solches „assessment“ sollte in der Regel durch ein multiprofessionelles Team von Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern in der Wohnung des Patienten, in speziellen geriatrischen oder psychogeriatrischen Polikliniken, in alterspsychiatrischen Tageskliniken oder — wenn nicht anders möglich — in kleinen, hierfür geeigneten klinischen Spezialstationen vorgenommen werden; andere Länder, vor allem Großbritannien und die Schweiz, haben mit solchen assessment-units gute Erfahrungen gemacht. Ich habe bisher in erster Linie über Untersuchungsergebnisse berichtet, die sich auf die medizinische Situation alter Menschen beziehen. Ich möchte nun noch einige Daten über die Bedeutung von Sozialfaktoren für Entstehung und Verlauf psychiatrischer Alterskrankheiten nachtragen. Unter den Patienten mit seelischen Alterskrankheiten befindet sich ein hoher Anteil isolierter Personen mit einer geringen Zahl von Sozialkontakten. Bei den hirnorganischen Krankheiten des höheren Lebensalters dürfte jedoch die soziale Isolierung fast immer Folge der psychiatrischen Krankheit und der damit verbundenen körperlichen Behinderung sein. Allerdings kann der verminderte Kontakt zur Außenwelt natürlich leicht zu einer Verschlechterung des körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes beitragen. Bei den nichtorganischen Alterskrankheiten, z. B. bei den Neurosen, abnormen Erlebnisreaktionen und Spätschizophrenien, beruht die Vereinsamung häufig auf einer labilen und schizoiden Persönlichkeitsstruktur und auf Kontaktstörungen und Fehlanpassungen, die schon bis in die früheren Lebensjahrzehnte zurückzuverfolgen sind. Auch bei diesen

Erkrankungen ist also der mitmenschliche Kontaktverlust häufig nicht die Krankheitsursache, sondern Folge einer sich im Alter zuspitzenden Persönlichkeitsentwicklung. In neuerer Zeit hat JANZARIK aber aufgrund langjähriger Erfahrungen im öffentlichen Gesundheitsdienst chronisch schizophrene Syndrome des höheren Lebensalters beschrieben, bei denen die mitmenschliche Isolierung im Vorfeld der Erkrankung ein so regelmäßig vorkommendes Leitphänomen darstellte, daß er derartige Fälle als „Kontaktmangelparanoid“ bezeichnete. Die Göttinger Untersuchung erlaubt eine Aussage über den Schweregrad hirnganischer Abbauerkrankungen einerseits und Wohnstatus und Beziehung zu den Familienangehörigen andererseits. Dabei fällt auf, daß der relative Anteil alleinstehender Personen mit zunehmender Demenz abnimmt. In der Gruppe der mittelschweren organischen Psychosyndrome finden sich sehr viel mehr Patienten, die in einem gemeinsamen Haushalt mit ihren Kindern leben als bei den Probanden ohne oder mit nur leichten hirnganischen Beeinträchtigungen. Vermutlich wird also das Anwachsen von geistigen Leistungsausfällen mit einer Änderung der Haushaltsform beantwortet; die psychisch behinderten alten Menschen ziehen teilweise zu ihren Kindern. In der Gruppe mit den schwersten psychischen Veränderungen, nämlich bei den dementen Patienten, weist der Wohnstatus abermals ein anderes Verteilungsmuster auf: ein relativ großer Anteil dieser geistig erheblich beeinträchtigten Personen, nämlich 36%, lebt in einem Heim oder in einem psychiatrischen Krankenhaus., Bemerkenswert ist aber, daß 64% dieser Personen trotz ihrer schweren Behinderung außerhalb von Institutionen wohnen: 15% sind alleinstehend, 18% leben zusammen mit ihrem Ehepartner, 21% bei den eigenen Kindern und 10% wohnen mit sonstigen Verwandten oder Bekannten. Diese Untersuchungsergebnisse zeigen, daß die sozialpsychologischen Erhebungen, die SHA-NAS und TOWNSEND bei gesunden alten Menschen durchgeführt haben, sicher auch für viele psychisch kranke alte Personen zutreffend sind: daß nämlich trotz der räumlichen Trennung der Generationen ein sehr enger sozialer und emotionaler Kontakt zwischen alten Menschen und ihren Familienangehörigen besteht, wobei das Lebensprinzip „innere Nähe durch äußere Distanz“ oder „Intimität auf Abstand“ verwirklicht wird. Viele Angehörige der jüngeren und mittleren Generation sind offenbar auch heute noch bereit, erhebliche persönliche Opfer zu bringen, um ein psychisch erkranktes Familienmitglied bei sich zu Hause zu betreuen. Welcher Umfang von Belastung hierbei entstehen kann, ist u. a. von SAINSBURY gezeigt worden. Bei seiner Göttinger Untersuchung hat KRAUSS mehrere Probanden angetroffen, die schon seit Jahren unter hohen öffentlichen Aufwendungen in einem Pflegeheim hätten betreut werden müssen, bei denen aber die aufopfernd pflegende Tochter mit einer monatlichen

Pflegebeihilfe von DM 70,- abgespeist wurde. Eine Reform der alterspsychiatrischen Versorgung wird daher sicher von der Überlegung ausgehen müssen, wie das natürliche Hilfspotential der Familie genutzt werden kann, ohne daß den Angehörigen unzumutbare Bürden und Konflikte auferlegt werden. Hierfür kommen vor allem verschiedene Formen der offenen sozialen Altenhilfe in Betracht, durch welche die Betreuung der Angehörigen ergänzt und erleichtert werden kann. Bei der Göttinger Studie wurde der Eindruck gewonnen, daß in etwa bei 30% aller Probanden solche zusätzlichen Sozialhilfen erforderlich gewesen wären. Da aber die in der Sozialhilfe tätigen Instanzen nur mit einem Bruchteil der Bedürftigen in Kontakt kommen, muß der Hausarzt die sozialen Betreuungsnotwendigkeiten gerade bei denjenigen Patienten erkennen, die sich nicht selbst bei den entsprechenden Behörden oder Betreuungszentren melden. Hierzu ist allerdings der Hausarzt zur Zeit weder ausgebildet noch im Rahmen seiner Praxisorganisation hinreichend ausgerüstet.

Für eine Reform der alterspsychiatrischen Versorgung sind im Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD einige grundsätzliche Leitlinien aufgezeigt. Allgemeinmedizinische und psychiatrische Versorgung sollen enger miteinander verzahnt werden; zur Erreichung dieses Ziels wird eine breitere allgemeinmedizinische Fundierung der psychiatrischen Facharztweiterbildung, eine Angliederung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäuser und die Einführung eines Facharztes für Geriatrie vorgeschlagen. Medizinische und soziale Dienste sollen besser miteinander koordiniert werden; dazu könnten in den künftigen Standardversorgungsgebieten Arbeitsgemeinschaften aus Vertretern der beteiligten Einrichtungen und Träger gebildet werden. In Anbetracht der großen Zahl psychisch kranker alter Menschen, die außerhalb von Institutionen leben, muß vor allem der extramurale Bereich der alterspsychiatrischen Betreuung verbessert werden. Hierzu sind gemeindenahе ambulante und teilstationäre Dienste zu schaffen, die auf die besonderen Bedürfnisse psychisch Alterskranker zugeschnitten sind und in denen Angehörige verschiedener Berufsgruppen zusammenarbeiten. Besonders betont wird auch die Notwendigkeit des Ausbaus vorhandener und der Schaffung neuer Altenkranken- und Altenpflegeheime, innerhalb der bestehenden und zu verkleinernden Landeskrankenhäuser sollen überall eigenständige alterspsychiatrische Funktionseinheiten gebildet werden. Größter Wert wird auf die Verbesserung der heute noch weitgehend brachliegenden Ausbildung der Medizinstudenten in der Geriatrie gelegt; gleichzeitig müßte die Aus-, Weiter- und Fortbildung für sämtliche in der Altenpflege tätigen Berufsgruppen erheblich intensiviert und in ihren Lernzielen auf den neuesten Erkenntnisstand ausgerichtet werden.

In welchem Umfang solche Forderungen auf gesicherten wissenschaftlichen Ergebnissen beruhen, ist vielleicht aus meiner — freilich sehr unvollständigen - Darstellung klargeworden. Darüber hinaus beruhen diese Vorschläge aber auch auf zahlreichen praktischen Erfahrungen, die namentlich in anderen Ländern mit verschiedenen alterspsychiatrischen Versorgungspraktiken gemacht worden sind. Ich denke hier beispielsweise an den vergleichsweise hohen Standard der altersmedizinischen Betreuung in Großbritannien, der sicher in hohem Maße auf die Einführung der Geriatrie als eigenständiges medizinisches Fachgebiet zurückzuführen ist. Ich denke an die Einrichtung geriatrischer Spezialkliniken in de- Schweiz, Großbritannien und Holland und an die vorbildliche therapeutische Aktivität von LEUTIGER in seiner Rehabilitationsklinik in Hofgeismar, die leider heute in der Bundesrepublik immer noch eine ziemlich einzigartige Ausnahme darstellt. Ich denke an die gemeindepsychiatrische Versorgung in Chichester, deren Effizienz bei der Betreuung psychisch alterskranker Patienten von SAINSBURY überzeugend nachgewiesen wurde. Zu erwähnen ist weiterhin die Einrichtung gerontopsychiatrischer Polikliniken und mobiler Dienste in der Schweiz, mit deren Hilfe unnötige Einweisungen in psychiatrische Krankenhäuser vermieden werden konnten oder an die alterspsychiatrischen Tageskliniken in Großbritannien, die zu einer wesentlichen Entlastung solcher Angehöriger beitragen, welche ihre psychisch kranken Familienmitglieder nicht im eigenen Haushalt versorgen können. Ich denke an die Schaffung selbständiger alterspsychiatrischer Abteilungen in verschiedenen psychiatrischen Krankenhäusern der Schweiz, die zu einer erheblichen Verbesserung des ärztlichen und pflegerischen Standards geführt hat und an die vielfach hiermit verbundene Einführung eines psychiatrischen Konsiliardienstes in Alten- und Pflegeheimen oder an zahlreiche vorbildliche gerontopsychiatrische Pflegeheime, in denen nicht nur die Schaffung menschenwürdiger Lebensbedingungen und die Intensivierung rehabilitativer Maßnahmen, sondern auch das Problem des menschenwürdigen Sterbens als psychiatrische Aufgabe erkannt wurde. Nicht zu vergessen sind auch die Bemühungen von RADEBOLD in Ulm, psychotherapeutische Gesichtspunkte in die Behandlung psychisch kranker alter Menschen einzubringen und systematische Ausbildungsgänge für die in der Altenhilfe tätigen Sozialarbeiter einzuführen. In die Vorschläge der Enquete-Kommission sind aber auch negative Erfahrungen eingegangen. So hat zum Beispiel die Entwicklung in den USA in den letzten Jahren deutlich gezeigt, was geschehen kann, wenn eine Verminderung psychiatrischer Anstaltsbetten vorwiegend auf Kosten der alten Menschen erfolgt und betagte Menschen mit organischen Hirnprozessen von der Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus ausgeschlossen werden, ohne

daß geeignete Alternativen zu ihrer Unterbringung und Behandlung zur Verfügung stehen. Durch diese erzwungene Ausgliederung aus dem Krankenhaus wurde die Situation der betroffenen Patienten in teilweise unerträglicher Weise verschlechtert; den Familien dieser Kranken und den Gemeinden sind damit Belastungen auferlegt worden, denen sie nicht gewachsen waren. Aufgrund dieser Erfahrungen sollten ähnliche Maßnahmen in unseren" Land mit großer Sorgfalt geplant und mit Bedacht und Behutsamkeit durchgeführt werden.

Ich fasse zusammen: Die Vorschläge zur Reform der alterspsychiatrischen Versorgung, die dem Deutschen Bundestag unterbreitet worden sind, entspringen nicht dem missionarischen Eifer oder den sozialutopischen Vorstellungen einiger psychiatrischer Phantasten. Sie beruhen auf dem Ergebnis wissenschaftlicher Forschungen und auf der kritischen Auswertung vielfacher praktischer Erfahrungen. Die Umsetzung dieser zu einem realistischer Optimismus ermutigenden Erkenntnisse in die — noch weitgehend von der fatalistischen Resignation geprägte — Realität der alterspsychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik ist eine selbstverständliche humanitäre Forderung, der sich eine Gesellschaft auch angesichts wachsender wirtschaftlicher Schwierigkeiten nicht entziehen kann. Wir bitten daher die verantwortlichen Politiker und die Öffentlichkeit, uns bei der Verwirklichung dieser Reform zu unterstützen.

LITERATUR:

BARRCLOUGH, B. M.; Suicide in the elderly. Brit. J. Psychiat. Spec. Publication No. 6, pp. 87-97 (1971).

BERGENER, M., K. BEHRENDTS und R. ZIMMERMANN: Psychogeriatrische Versorgung in Nordrhein-Westfalen. Psychiat. Praxis 1, 18-33 (1974).

CIOMPI, L.: Allgemeine Psychopathologie des Alters. In: Psychiatrie d. Gegenwart Bd. II/2, 1001-1036, Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1972,

CIOMPI, L.: Ansprache anlässlich der Verleihung des Dr. Günther-Buch-Preises 1974 (unveröffentlicht).

CIOMPI, L. und C. MÜLLER: Untersuchungen zur Altersentwicklung psychischer Krankheiten. Nervenarzt 40, 349-355 (1969).

COPELAND, J. M. R., B. J. GURLAND et al.: Cross national study of diagnoses of the mental disorders: a Companion of the diagnoses of elderly psychiatric patients admitted to mental hospitals surviving Queens Country, New York, and the former borough of Camberwell, London. Brit. J. Psychiat. 126, 11-29 (1975),

Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4200: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung.

- REIMANN, H. und H. HAFNER: Psychische Erkrankungen alter Menschen in Mannheim. Soc. Psychiat. 7, 53-69 (1972).
- JANZARJK, W.: Über das Kontaktmangelparanoid des höheren Alters und den Syndromcharakter schizophrener Krankheitsformen. Nervenarzt 44, 515-526 (1973).
- JUEL-NIELSEN, N. and E. STRÖMGREN: Ten Years later. Acta Jutlandica XLI: 2, Kopenhagen, Munksgaard 1969.
- KRAUSS, B.: Alter und Gesundheit. Habilitationsschrift, Göttingen 1976.
- KRAUSS, B., J. CORNELSEN, H. LAUTER und M. SCHLEGEL: Vorläufiger Bericht über Ergebnisse einer epidemiologischen Studie der 70jährigen und Älteren in Göttingen. Vortrag beim 5. Symposium der Gerontopsychiatrischen Arbeitsgemeinschaft, Freiburg 1975.
- POST, F.: The significance of affective symptoms in old age. Maudsley Mono-graphs No. 10, London: Oxford University Press 1962.
- ROTH, M.: The natural history of mental disorders in old age. J. ment. Sci. **101**, 281-301 (1955).
- SAINSBURY, P. and J. GRAD de ALARCON: The psychiatrists and the geriatric patient. J. geriat. Psychiat. 4, 23-41 (1970).
- SHANAS, E. and G. T. STREIB: Social structure and the family. New York: Prentice Hall Englewood Cliffs 1965,
- SHANAS, E. P. and D. TOWNSEND et al.: Old people in three industrial societies. New York, London 1968.
- TOWNSEND, P.: The family life of old people,, London: Routledge and Regan 1957.

Die Bedeutung von Forschungsergebnissen für die Praxis und Planung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

M. H. Schmidt

Das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat in Deutschland aus verschiedenen Gründen erst nach dem 2. Weltkrieg zunehmende Förderung erfahren. Seinerzeit bestand ein Fehlbedarf in jeder Richtung, so daß Planungen recht theoretischer Natur waren, inzwischen zeigen sich aber die ersten Ungleichgewichte im kinderpsychiatrischen Versorgungssystem, die eine Korrektur beim weiteren Ausbau notwendig machen, teils bezüglich der quantitativen Richtwerte, mehr noch aber bezüglich der Struktur des Systems.

Solche Korrekturen und langfristige Ziele lassen sich aus Ergebnissen der epidemiologischen Forschung, aus den Auswirkungen von Vorsorge- und Frühbehandlungsmaßnahmen, aus klinischen Erfahrungen und aus der prospektiven wie retrospektiven Beobachtung des Verlaufs psychischer Erkrankungen und Störungen bei Kindern und Jugendlichen ableiten. Dazu liegen Statistiken, Forschungsergebnisse und Erfahrungen aus der Bundesrepublik Deutschland und, wo solche fehlen, wenigstens teilweise übertragbare Daten aus anderen Ländern vor.

Da das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht nur mit den sehr heterogenen Altersgruppen bis zur Adoleszenz, sondern auch mit recht unterschiedlichen Krankheitsbildern befaßt ist, werden Überlegungen für zwei Patientengruppen getrennt dargelegt: für die Behinderten im engeren Sinne, insbesondere die Lern- und Geistigbehinderten, Patienten also, deren Erscheinungsbild in erster Linie durch ein Defizit charakterisiert ist, zum anderen für jene Kinder und Jugendlichen, deren Auffälligkeiten sich dem Begriff der Verhaltensstörung im weitesten Sinne zuordnen lassen, worunter milieureaktive Symptome ebenso wie manifeste Neurosen und dissoziale Störungen zusammengefaßt werden. Auf eine Gliederung nach den Teilbereichen des Versorgungssystems wird zugunsten dieses Vorgehens verzichtet, da auf dem gewählten Weg nicht nur Erkenntnisse, sondern auch Lücken in unserem Fachwissen besser berücksichtigt werden können.

1. Behinderte Kinder und Jugendliche

Über die Gruppe der Behinderten bzw. Teilgruppen daraus existieren Häufigkeitsangaben praktisch nur über schulpflichtige Kinder, weil

Erhebungen in diesem Bereich in der Regel unter dem Aspekt der Schulplanung durchgeführt wurden. Sie erstrecken sich also auf sonder-schulbedürftige Behinderte, sind daher z. B. für Verhaltensgestörte oder Sprachgestörte mit Einschränkungen zu versehen, für die Lern- und Geistigbehinderten jedoch weniger.

Von der etwa 6% aller Schulpflichtigen umfassenden Gruppe sonder-schulbedürftiger Behinderter entfällt gut die Hälfte auf die Lern- und Geistigbehinderten, das bedeutet ein Kind auf eine Klasse von 30 Schülern. Diese Zahl ist eine Minimalzahl, denn es besteht lediglich Einigkeit darüber, daß es sich bei diesen 3% um hirnganisch und nicht umweltbedingte Einschränkungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit handelt. Unser Wissen über die Entstehung und Entwicklung solcher Einschränkungen erlaubt den Schluß, daß die Häufigkeiten für das Vorschulalter ähnlich lauten, wenngleich die Diagnose der Minderbegabung, insbesondere bei Lernbehinderten, häufig erst im Zusammenhang mit der Einschulung gestellt wird. Sogar bei Geistigbehinderten ist eine sehr frühe Diagnose häufig dadurch erschwert, daß die betroffenen Kinder außer der Minderbegabung keine anderen Krankheitssymptome zeigen, und das trifft bei gut zwei Dritteln dieser Gruppe zu.

Vorsorgeuntersuchungen verfolgen u. a. das Ziel einer Frühförderung behinderter Kinder auf Grund ihrer frühestmöglichen Erkennung. Die Statistiken über die augenblicklichen Vorsorgeuntersuchungen für Kinder besagen, daß bei den Untersuchungen in den ersten Lebenstagen bei 7% der Säuglinge ein Krankheitsverdacht geäußert wird, bei der letzten Vorsorgeuntersuchung im 4. Lebensjahr bei 32 %. Dabei nehmen an den Untersuchungen in den ersten Lebenstagen 70—75% aller Kinder teil, an der letzten Untersuchung im 4. Lebensjahr nur 20 %. Möglicherweise ist die Verdachtsquote bei der letzten Untersuchung nur deshalb so hoch, weil dann bevorzugt Kinder vorgestellt werden, die ihren Eltern auffällig erscheinen; aber die Zahl der erst im Rahmen der Einschulungsuntersuchung erkannten Behinderungen bei Kindern zeigt, daß diese Hypothese nicht ausreicht, sondern daß der Umstand, daß die diagnostische Sicherheit mit dem Alter des untersuchten Kindes zunimmt, ebenfalls eine Rolle spielt. Vordringlich ist also die Erhaltung einer entsprechenden Motivation bei den Eltern, ohne die eine — verschiedentlich geforderte — zusätzliche Vorsorgeuntersuchung etwa ein Jahr vor dem Einschulungstermin wenig effektiv ist (es sei denn, sie besteht nicht als Angebot, sondern als erster Schritt im Rahmen der Schulpflicht). Diese Schwierigkeit der Vorsorgeuntersuchungen ließe sich anhand der Möglichkeiten der Vorbeugung von Verhaltensstörungen noch deutlicher darstellen.

Der Aufwand von Vorsorgeuntersuchungen ist von ihrem Effekt nicht zu trennen. Ein gutes Beispiel dafür sind selbst die mit 1:10000 sehr seltenen Stoffwechselerkrankungen, die unbehandelt zur geistigen Behinderung führen. Bei ihnen ist - ganz abgesehen von der Bedeutung der Diagnose und Behandlung für das betroffene Kind - nicht nur trotz ihrer Seltenheit der Aufwand für die Reihenuntersuchungen und für die diätetische Behandlung der Betroffenen noch deutlich geringer, als der für ihre lebenslängliche Versorgung als Geistigbehinderte, sondern in der Regel auch die Therapiewilligkeit der Eltern relativ leicht zu erreichen.

Die Versorgung geistigbehinderter Kinder und Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland darf als; relativ gut gelten. Sie ist im wesentlichen der Initiative von Elternverbänden zu verdanken. U. a. wegen dieser Basis der Arbeit ist die Familienpflege Geistigbehinderter anerkanntes Ideal, das durch Verlaufsuntersuchungen auch gestützt wird. Anlaß zur außerhäuslichen Unterbringung sind — sofern die Ablehnung des Kindes ausscheidet — häufig Verhaltensstörungen. Seit den sechziger Jahren ist akzeptiert, daß diese Störungen ähnliche Entstehungsmechanismen haben können wie bei nicht minderbegabten Kindern und nicht unabdingbare Folge der Minderbegabung sind. Aus dieser Einsicht heraus wird auch für die außerfamiliäre Unterbringung für Geistigbehinderte mit Pflegefamilien anstelle von Heimen experimentiert. Wieweit sich damit der bestehende Bedarf befriedigen läßt, bleibt abzuwarten. Englische Erfahrungen lassen aber erkennen, daß solcher Bedarf begrenzt bleibt, wenn es gelingt, für Familien geistigbehinderter Kinder vermehrt kurzfristige Entlassungen, d. h. über ein Wochenende oder für die Ferienzeit, herbeizuführen, eine Aufgabe, deren man sich bei uns noch kaum angenommen hat.

Für die Vorbeugung geistiger Behinderung scheinen drei Wege effektiv:

...die Familienplanung, über die z.B. die Frequenz mongoloider Kinder von 1:400 auf etwa 1:800 gesenkt werden konnte,

... die genetische Beratung, die zwar nur für eine kleine Gruppe von Krankheiten anwendbar, aber dort sehr wirksam ist

...und schließlich die Schwangerenvorsorge, insbesondere mit dem Ziel der Frühgeburtenprophylaxe.

Etwa 50% aller geistigen Behinderungen - übrigens weit mehr als bei den Lernbehinderungen - stehen nämlich nach heutigen Schätzungen im Zusammenhang mit äußeren Schädigungen des unreifen Gehirns. Ihre Verhütung scheint ebenso wichtig wie die Senkung der

Säuglingssterblichkeit. Unter Lern- und Geistigbehinderten finden sich aus Beckenendlage Geborene und ehemalige Frühgeborene kaum bzw. mäßig gehäuft, der Anteil an Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen, sogenannten Spastikern, ist mit 15 bzw. 27% aber deutlich vermehrt. Diese Kinder stellen mit 0,3% der Überlebenden eines Geburtsjahrganges zwar keine große, aber eine schwerbehinderte Gruppe dar, denn ein Drittel von ihnen hat zu der motorischen Behinderung einen deutlichen Intelligenzdefekt, und dieses Drittel macht allein 15% aller Geistigbehinderten aus. Die hier anstehende Aufgabe ist mühsam, da sie sich nicht, wie die Verhinderung der Folgen der Rhesus-Unverträglichkeit, mit einer einmaligen Untersuchung im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung durchführen läßt, sondern einen kontinuierlichen Einsatz aller Beteiligten verlangt.

Ob die Zahl der leicht hirngeschädigten Kinder durch die verbesserten Möglichkeiten der Geburtshilfe und der Neugeborenenaufzucht wirklich ansteigt, ist nicht zu entscheiden; dafür fehlen einmal Vergleichszahlen, zum anderen könnte ein solcher Effekt durch die erfolgreiche Frühbehandlung solcher Kinder teilweise kompensiert werden. Außerdem ist die Zuordnung zahlreicher leichter Störungen der Leistungsfunktionen zu bestimmten Ursachen — in diesem Falle zu Schädigungen des unreifen Gehirns — schwer zu belegen. Zahlenmäßig sind diese Störungen aber bedeutsam. Ihr Vorkommen bei Kindern mit Schulschwierigkeiten liegt im Krankengut deutscher Kliniken zwischen 40 und 50%; (auf ihre Bedeutung für die Entstehung von Verhaltensstörungen wird später eingegangen).

Komplizierter als die Vorbeugung hirngeschädigter geistiger Behinderungen und Lernbehinderungen ist die Prophylaxe im Bereich von die Intelligenzentwicklung behindernden Umweltfaktoren. Statistiken gehen davon aus, daß es neben den 2,5 % aus organischen Ursachen Lernbehinderten eine ebenso große Zahl von Kindern mit Lernbehinderungen gibt, die als Folgen einer sozio-kulturellen Deprivation bezeichnet werden. Diese Ausführungen sind Anlaß zahlreicher Mißverständnisse, denn sie erwecken leicht den Eindruck, als beruhe die Intelligenzentwicklung auf der Summierung günstiger Anlage- und Umweltfaktoren. Nach heutigen Einsichten ist es aber richtiger, sie als das Produkt von Anlage- und Umweltwirkungen zu betrachten, die sich also gegenseitig multiplizieren, so daß die Minimierung des einen Faktors nicht durch die Maximierung des anderen ausgeglichen werden kann.

Wegen dieser Wechselwirkungen richtet sich das wissenschaftliche Interesse heute nicht mehr auf den prozentualen Anteil von Anlagefaktoren oder Umwelteinflüssen an der Intelligenzentwicklung, son-

dem darauf, wieweit die Nichtnutzung bestehender Entwicklungsmöglichkeiten deren spätere Nutzung überhaupt unmöglich macht bzw. jenseits welcher Grenzwerte eine solche Nichtnutzung unwiderrufliche Schäden setzt. Unter derartigen — letztlich therapeutisch orientierten — Überlegungen erlebt die Beschäftigung mit den somatischen Grundlagen psychischer Prozesse im Augenblick eine sehr verbreiterte Renaissance. Sie hat auch zur Untersuchung von Umwelteinwirkungen auf das in der Entwicklung begriffene Gehirn geführt. Und es konnte nachgewiesen werden, daß die zunehmende Kapazität des kindlichen Gehirns von der kontinuierlichen Anregung durch die Umwelt abhängig ist.

Das entspricht den Forschungsergebnissen, die besagen, daß etwa 40% der intellektuellen Befähigung eines Menschen bereits in den ersten vier Lebensjahren fixiert werden, weitere 30% zwischen dem vierten und achten Lebensjahr und nur 20 % in der Zeit vom achten bis zum siebzehnten, also praktisch in der Zeit der wesentlichen Schulausbildung.

Nun kann die Konsequenz solcher Überlegungen nicht etwa in einer Vorverlegung der Einflußsphäre der Schule bestehen, sondern nur in einer geeigneten vorschulischen Erziehung. Angelsächsische Erfahrungen mit Vorschulprogrammen lassen sich vielleicht dahingehend zusammenfassen, daß nicht die möglichst frühzeitige oder vor der Einschulung intensivierete Übung schulisch relevanter, insbesondere sprachgebundener intellektueller Fähigkeiten hinreichend auf eine erfolgreiche spätere Schullaufbahn vorbereitet, sondern mehr die durch das Vorbild der Eltern oder anderer wichtiger Bezugspersonen vermittelte Motivation zur Beschäftigung mit intellektuellen Inhalten. Eine solche Form der Frühförderung ist chancenreicher. Sie muß aber vor dem fünften Lebensjahr einsetzen und kann während der beiden ersten Lebensjahre praktisch nur in einer Beratung und Anleitung der Eltern zur Erziehung innerhalb der Familie bestehen, erst vom 3./4. Lebensjahr ab in einer gleichzeitigen Förderung gefährdeter Kinder in Gruppen, die jedoch innerhalb ihres Milieus geführt werden sollten. Solche Maßnahmen könnten nicht nur die Zahl lernbehinderter Kinder vermindern, sondern auch die Zahl folgenschwerer Verhaltensstörungen, weil sie sich positiv auf die Erziehung zwischen Eltern und Kindern auswirken und den Kindern ein Leistungsniveau ermöglichen würden, wie es die Gesellschaft erwartet, beides wesentlich für die Prophylaxe der Verwahrlosung.

2. Verhaltensgestörte Kinder und Jugendliche

Wie eben angedeutet, greifen solche Überlegungen über die Gruppe der behinderten Patienten hinaus auf den Kreis der Kinder und Ju-

gendlichen mit Verhaltensstörungen über, auf die ich nun eingehen möchte. Die diagnostischen Probleme für diese Gruppe sind nicht so gravierend wie im Bereich der Behinderten. Zunächst liegt eine Reihe epidemiologischer Untersuchungen vor, die für die westlichen Industrieländer relativ übereinstimmende Ergebnisse liefern, nämlich eine Häufigkeit von 20% Verhaltensgestörter in der Altersgruppe zwischen Einschulung und Pubertät. Die Übereinstimmung läßt erkennen, daß offensichtlich auch über die Kriterien zur Erfassung von Verhaltensstörungen ein Konsens erzielt wurde. Die Häufigkeitsangaben steigen lediglich, wenn man Verhaltensstörungen nach dem Eindruck der Eltern und Bezugspersonen ermittelt; dann werden alle Auffälligkeiten einbezogen, die die Umwelt stören oder die sie auf Grund ihrer Vorstellungen für störend hält. Für manche Symptome — beispielsweise Einschlafstörungen und motorische Unruhe — ergeben sich dann auch in deutschen Stichproben Werte zwischen 20 und 40 %. Im Vorschulalter liegen die Häufigkeitsangaben für Verhaltensauffälligkeiten niedriger, zwischen 5 und 15%. Die wenigen längsschnittlichen Erhebungen belegen eine Zunahme solcher Symptome zwischen dem 3. und 7. Lebensjahr um etwa 50%. Die Statistiken stimmen aber darin überein, daß Beratungsstellen mit Schuleintritt wesentlich stärker, als dieser Zunahme entspricht, in Anspruch genommen werden. Die Symptommhäufigkeit steigt zur Einschulungszeit um fast 100% gegenüber dem 3./4. Lebensjahr. Die Gründe dafür hängen sicher mit der Belastung durch die Schule zusammen, da das Kind auf Grund seiner Entwicklung den mit dem Alter generell steigenden Anforderungen auch bessere Möglichkeiten der Steuerung eigenen Verhaltens, nämlich mit Hilfe von Hemmungsmechanismen, entgegensetzen kann.

Die starke Zunahme der Symptommhäufigkeit geht vor allem zu Lasten der Jungen, während einige Statistiken für das 3./4. Lebensjahr etwa gleiche Belastung von Jungen und Mädchen angeben. Bis zur Pubertät vergrößert sich diese Relation auf fast 2:1 zuungunsten der Knaben. Auch dann verschiebt sie sich nur bezüglich rein neurotischer Symptome in Richtung auf die Mädchen, während dissoziale Symptome auch weiter vorwiegend männliche Jugendliche und Heranwachsende betrifft; Jungen zeigen auch schon im Schulalter schon mehr aggressiv-expansive Symptome. Die Gründe dafür sind sicher komplexer Natur; in den letzten Jahren beginnt man bei der Diskussion dieses Phänomens neben dem stärkeren sozialen Druck, dem Jungen ausgesetzt sind, auch biologische Gegebenheiten — vor allem die größere motorische Aktivität männlicher Kinder — zu berücksichtigen.

Schwieriger als die Interpretation dieser Zahlen ist eine Antwort auf die Frage, wer von diesen 20% Symptomträgern denn behandlungs-

bedürftig ist und wessen Symptomatik auch unbehandelt eine gute Prognose haben dürfte. Die Angaben dazu streuen, die Mehrheit der Autoren denkt an ein Viertel der Symptomträger oder 5 % der Gesamtstichprobe, also etwa jedes zwanzigste Kind (womit nichts über Art und Dauer von dessen Behandlung gesagt ist).

Die Verteilung der Symptome ist unter verschiedenen Aspekten durchaus uneinheitlich. Damit ist die Verursachung kindlicher Verhaltensstörungen angesprochen. Es ist in diesem Zusammenhang wichtig, darauf hinzuweisen, daß die Gleichzeitigkeit des Vorkommens von Merkmalen nicht deren Kausalzusammenhang beinhaltet oder gar beweist. Aus der bekannten Tatsache, daß sich Verhaltensstörungen bei 14-jährigen Jungen im Großstadtmilieu doppelt so häufig finden wie in Gebieten mit ländlicher Struktur, kann man nicht ohne weiteres auf die ungünstige Auswirkung großstädtischer Wohnformen schließen. Die soziale Schichtung, die Ausbildung dieser Jugendlichen oder kompensatorische Momente in den ländlich strukturierten Gebieten müßten etwa ebenso berücksichtigt werden. Ähnlich vieldimensional ist das Problem der häufig angesprochenen Schichtenzugehörigkeit und ihres Einflusses auf kinderpsychiatrisch relevante Symptome. Die Schichtenzugehörigkeit korreliert nicht durchgehend mit bestimmten Lebensbedingungen, diese Lebensbedingungen noch weniger mit der Art der Sozialisationsprozesse.

Die empirische Überprüfung des Einflusses elterlicher Verhaltensweisen hat zudem gezeigt, daß weniger ein bestimmtes Erziehungsverhalten zu spezifischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen führt, sondern eher bestimmte Erziehungseinstellungen. Diese können sich mit den Erziehungspraktiken decken, müssen dies aber nicht. Einengendes Erziehungsverhalten bei einer das Kind akzeptierenden Einstellung erscheint unter diesem Aspekt weniger gefährlich, als ein sehr freilassendes Erziehungsverhalten bei innerlicher Ablehnung von Kindern. Ein gutes Beispiel für solche Milieueinwirkungen ist die Betrachtung der Berufstätigkeit von Müttern, die keineswegs mehr als in jedem Falle ungünstig gilt, vorausgesetzt, daß bestimmte Altersgrenzen gewahrt bleiben und für hinreichenden Ersatz gesorgt ist. Sind diese Belange gesichert, dann spielt auch die Motivation der Mutter zur Berufstätigkeit eine geringere Rolle. Daß Extremfälle sich dieser Betrachtung entziehen, braucht nicht eigens erwähnt zu werden. Mütter halten sich übrigens insofern an diese Regel, als unabhängig von der sozialen Schichtenzugehörigkeit die Berufstätigkeit überwiegend an der Kinderzahl orientiert bleibt. Unter dem im Krankengut kinderpsychiatrischer Einrichtungen häufiger vorkommenden Kindern von Eltern mit höherem Zeugungs- und Gebäralter finden sich jedoch häufig solche aus Kleinfamilien der Mittel- und Oberschicht, für deren Sym-

ptomgenese sich die Einstellung der Mutter zu Beruf bzw. Kind als ursächlich wahrscheinlich machen läßt. — Diese Änderungen z. B. zu der Berufstätigkeit der Mütter sollen übrigens nicht mit einer Befürwortung der sogenannten Tagesmütterprojekte gleichgesetzt werden, gegen die die deutschen Kinderpsychiater Bedenken geltend gemacht haben, weil sie von einer weitgehenden Austauschbarkeit der Pflegepersonen ausgehen und auf die Frage der Einstellung der Mutter zu Kind und Beruf weniger Rücksicht nehmen.

Bislang war nur von Umweltbedingungen in der Genese kindlicher Verhaltensstörungen die Rede. \Veit mehr, als die gängigen Meinungen der letzten zwanzig Jahre des ausgesprochen haben, spielen aber auch konstitutionelle und organische Momente dabei mit. So wird auf Grund von Vergleichsuntersuchungen zwischen ein- und zweieiigen Zwillingen der Erbanteil neurotischer Symptome — also psychogener Störungen mit umschriebenen intrapsychischen Konflikten — heute keineswegs mehr als so gering betrachtet, daß man ihn vernachlässigen dürfte. Bezüglich solcher Symptome fanden sich bei eineiigen Zwillingen Übereinstimmung in 32 %, bei zweieiigen hingegen nur halb so oft. Für Kinder, deren Verhalten vielleicht noch weniger von Umwelteinwirkungen geprägt ist, lagen die Differenzen noch höher. Übereinstimmung bestand bei 48 % der untersuchten eineiigen Zwillingspaare, also bei gleicher Erbausstattung und gleicher Umwelt, gegenüber 16% bei den zweieiigen mit nur gleichen Umweltbedingungen. Dabei scheinen besondere Symptomgruppen von erblichen Determinanten stärker beeinflußt als andere. ,

Eine wichtige Rolle in der heutigen Diskussion um die Entstehung kindlicher Verhaltensstörungen spielen die Zustände nach leichten frühkindlichen Hirnschädigungen, jene Bilder also, bei denen solche Hirnschädigungen nicht auf die Motorik wie bei den cerebralen Bewegungsstörungen und nicht auf die Intelligenz einwirken, sondern sich nur im Verhaltensbild zeigen. Man spricht davon, daß zwischen 7 und 15% aller Kinder eines Geburtsjahrgangs an solchen Zustandsbildern mit motorischer Unruhe, Konzentrationsstörungen, verminderter Selbststeuerung und gestörtem Distanzgefühl sowie typischen Leistungsausfällen leiden. In der Regel werden diese Bilder erst in zeitlichem Zusammenhang mit der Einschulung erkannt und vorher oft für Unarten des Kindes oder die Folgen falscher Erziehung gehalten. Trifft das erstere zu, dann verstärkt das Auftreten solcher Symptome den Erziehungsdruck der Eltern und ruft häufig Verhaltensstörungen hervor. Deutsche Statistiken sprechen davon, daß 30 bis 40% aller verhaltensgestörten Kinder eine solche hirnorganische Grundstörung haben. Diese Beobachtung zielt nicht nur auf prophylaktische Maßnahmen für die Verhinderung dieser Schädigungen, sondern hat auch

therapeutische Konsequenzen: die Diagnose ermöglicht nämlich, ein Kind innerhalb seiner Möglichkeiten durch Trainingsprogramme weitestmöglich zu fördern, zum anderen entlastet es die Eltern von dem Vorwurf der Fehlerziehung und macht sie zu Partnern in der Behandlung des Kindes.

Selbstverständlich können die hier genannten Verursachungsmomente gemeinsam auftreten und sich dann gegenseitig verstärken, da es sich auch hier nicht nur um eine Summierung von Faktoren handelt. Bei gleichzeitiger konstitutioneller Belastung, männlichem Geschlecht, cerebraler Vorschädigung, erzieherischem Defizit und begrenzter intellektueller Begabung wirken sich ungünstige Milieueinflüsse beispielsweise sehr drastisch aus, während das; Vorhandensein stabilisierender Elemente in Konstitution und Umwelt ungünstige Faktoren kompensieren kann, ein Aspekt, den die ätiologische Forschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bisher nur wenig berücksichtigt hat.

Zur Therapie von Verhaltensstörungen und neurotischen Manifestationen im Kindes- und Jugendalter muß herausgestellt werden, daß die klassische analytische Psychotherapie auch in ihren Modifikationen — abgesehen von den Kapazitätsproblemen — nur begrenzt anwendbar ist. Offensichtlich konsultieren heute mehr Patienten mit Störungsbildern, die sich durch eine mangelnde Ausprägung der verhaltenssteuernden Instanzen, also der Ich-Funktionen, charakterisieren lassen, Kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen und relativ weniger solche mit neurotischen Persönlichkeitsentwicklungen mit intrapsychischen Konflikten. Die Entwicklung angemessener Therapie und Interventionsformen für solche Patienten, insbesondere für Jugendliche, die also stärker pädagogische Momente enthalten müssen, ist dringlich. Schwierigkeiten bereitet dabei die geringe Entwicklung der Effizienzkontrolle therapeutischer Verfahren im Bereich der Psychiatrie und ihre teilweise Ablehnung aus ideologischen Erwägungen, so daß die evaluative Forschung bisher nur wenige Hilfestellungen für die Praxis bieten kann.

Selbst über die Alternative zwischen ambulanter und stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung wird mangels besserer Kriterien häufig anhand der gerade gegebenen Möglichkeiten entschieden. Doch verstärkt sich der Eindruck, daß eine Anzahl der heute stationär betreuten Krankheitsbilder ambulant behandelt werden könnte, während andere einer stationären oder teilstationären Behandlung bedürften, für die das in der Regel nicht angestrebt wird (beispielsweise mit aggressiv-expansiven Symptomen), für die also stationäre Behandlungskapazität freigemacht werden müßte.

Leider ist durch die Lage zahlreiche! Facheinrichtungen an Universitätskliniken oder fernab der Ballungsgebiete deren Verbindung mit

ambulanten Einrichtungen nur begrenzt möglich oder sinnvoll. Sicher besteht in einigen Gebieten der Bundesrepublik für die Kinder- und Jugendpsychiatrie weiterhin ein akuter Bettenmangel, aber der Ausbau ambulanter Einrichtungen für die Beratung und Nachbetreuung sowie dezentralisierter Einrichtungen für die mittel- und langfristige Behandlung Verhaltensgestörter im Umfeld der bestehenden klinischen Einrichtungen erscheint wesentlicher; gerade durch mangelnde Nachbetreuung verliert die klinische Arbeit, wie auch die Tätigkeit der öffentlichen Erziehungshilfe, insbesondere bei Kindern ohne festen Familienverband, viel an Effizienz. Neben dem Bedarf an halbstationären Einrichtungen und Institutionen für die Langzeitbehandlung ergeben sich auch Wünsche an die gesamte öffentliche Erziehung, sei es für die Gestaltung von Säuglings- oder Mutter-Kind-Heimen und die weitere Heimpflege, sei es für das Adoptions- und Pflegekindwesen. Auch bezüglich der optimalen Strukturierung solcher Einrichtungen lassen sich zum Teil nur unverbindliche Vorschläge machen, da über den Verlauf kinder- und jugendpsychiatrischer Krankheitsbilder wenig bekannt ist. Auf Grund bisheriger Untersuchungen dürfen ein gutes Beziehungsklima in der Familie, Fähigkeit des Patienten zu emotionalen Beziehungen, günstige Motivationsstruktur und gute intellektuelle Ausstattung sowie das Vorliegen depressiver bzw. phobischer Symptome als Indikatoren einer günstigeren Prognose gelten, während aggressiv-expansive Symptome, hyperkinetisches Verhalten, cerebrale Vorschädigungen, Weglauftendenzen sowie Alkohol- und Drogenmißbrauch in der Vorgeschichte als weniger günstige Vorzeichen betrachtet werden müssen. Daraus läßt sich ableiten, welche Patientengruppen, insbesondere handelt es sich um Knaben, einer frühzeitigen und intensiven Behandlung bedürfen, wenn ihre prognostischen Aussichten sich nicht rasch verschlechtern sollen. Sofern Abwägungen überhaupt erlaubt sind, ist die Behandlung solcher Patienten dringlicher als die therapeutisch zwar dankbarer, aber ambulanter Behandlung eher zugänglicher Kinder und Jugendlicher, die zudem eine höhere Spontanheilungstendenz zeigen.

Aus diesen Überlegungen dürften sich auch Konsequenzen für die Arbeit von Erziehungsberatungsstellen und der Sozialarbeit im Vorfeld der kinderpsychiatrischen Versorgung ableiten lassen. Auch in Städten, die die von der WHO projektierte Zahl von einer Beratungsstelle auf 50000 Einwohner erreicht haben, bestehen in diesem Bereich bislang Wartezeiten und Engpässe. Das kann an der Kapazität solcher Stellen liegen, einer Zusammensetzung ihrer Arbeitsteams, aber auch an ihrer Arbeitsweise, so daß überlegt werden muß, wieweit Prinzipien der Freiwilligkeit und der Nicht-Direktivität gegenüber auch Bedürfnisse nach spontaner Entlastung und konkreter Anleitung befriedigt werden müssen.

Für die Früherkennung von Verhaltensauffälligkeiten kommt den Erziehungsinstitutionen (Kindergarten und Schule) eine Schlüsselstellung zu, da diese Institutionen selbst normenbildend wirken. Für die Nutzung dieser Position bei der Wahrnehmung des Erziehungsauftrages bedürfen Sozialpädagogen und Lehrer jedoch einer spezifischeren Ausbildung; das bedeutet, daß sonderpädagogisches Wissen und entsprechende Handlungskompetenz mehr als bisher auch in ihren Ausbildungsplan und nicht nur in den von Sonderpädagogen gehören. Nur so lassen sich die heute geltend gemachten Bestrebungen um eine Integration auch auffälliger und behinderter Schüler in die Regelschule rechtfertigen.

Schließlich ist die Erziehungswilligkeit der Eltern so zu unterstützen, daß sie in ihrem spontanen Erziehungsverhalten bestärkt werden. Mit der Reflexion über eigenes Erziehungsverhalten ist die diesbezügliche Unsicherheit auch bei durchaus erziehungsfähigen Eltern in einem Maß gewachsen, das eine Abwägung der Einflüsse geboten erscheinen läßt. Erziehungsschwierigkeiten auf Seiten der Eltern sind häufig aus deren eigener Vorgeschichte erklärbar; Anleitung zur Erziehung ist daher immer nur begrenzt wirksam, wenn sie erst mit der Geburt der eigenen Kinder oder mit dem Auftreten von Schwierigkeiten einsetzt. Auf das Heranwachsen einer optimal erzogenen und daher zu optimaler Erziehung selbst befähigten Elterngeneration zu warten, ist aber utopisch. Es scheint daher der Nachprüfung wert, wie effektiv eine Information potentieller künftiger Eltern über die Bedürfnisse von Kleinkindern in der emotional aufgelockerten Situation der Pubertät in der Sekundarstufe I ist; möglicherweise wäre ein solcher Versuch der Prophylaxe kein Luxus angesichts des umfänglichen und manchmal weit weniger praktikablen Wissens, das wir Schülern zu vermitteln versuchen.

Ausblick

Ein Teil der anstehenden Fragen konnte in dieser Übersicht nicht angesprochen werden. Die nichtbehandelten Fragen sind nur zum Teil weniger akut als die hier angeschnittenen, zum Teil existiert zu ihnen aber noch weniger gesichertes Wissen. Daß sich aus dem Gesagten mindestens ebenso viele Konsequenzen für die Arbeit im Vorfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie ergeben wie Korrekturen der kinderpsychiatrischen Arbeit selbst, liegt in der Eigenheit des Fachs, das psychische Erkrankungen gewissermaßen im Entstehungsstadium beobachtet und dementsprechend mehr auf präventives Eingreifen ausgerichtet ist. Die Schulung der im Vorfeld und im Gefolge der kinderpsychiatrischen Arbeit Tätigen auf einer möglichst empirischen Basis und unter Verzicht auf Ideologien ist daher vordringlich.

Für die Planung in beiden Bereichen läßt sich aus den obigen Darlegungen und anderen Erkenntnissen einiges ableiten; verschiedene Wissenslücken behindern aber angemessenes Planen. In diesem Zusammenhang sollte sich die kinderpsychiatrische Forschung der nachstehenden vier Fragenkomplexe vorrangig annehmen:

1. Im diagnostischen Bereich werden Daten zur Epidemiologie neuropsychiatrischer Krankheitsbilder und neuropsychologischer Störungen benötigt, damit eine bessere Differenzierung, besonders der leichten Hirnfunktionsstörungen, möglich wird, die ihrerseits Voraussetzung für den Aufbau effizienterer Behandlungsstrategien ist.
2. Für den Bereich der Beratung gilt es zu untersuchen, wie Information und Beratung den Kreisen nahegebracht werden können, die trotz Bedarf keinen Gebrauch davon machen, und weiter, wie effizient die Information künftiger Eltern ist.
3. Die Therapieforschung wird sich vorrangig um Behandlungsverfahren für nur jugendliche Patienten mit defizitären Ich-Funktionen bemühen müssen, außerdem um Effizienzkontrollen, die auch den Bereich der nachgehenden Betreuung einbeziehen müßten.
4. Im Rahmen der Verlaufsbeobachtungen kinder- und jugendpsychiatrischer Störungsbilder ist vorrangig notwendig die prospektive Verfolgung auffälliger Kinder und Jugendlicher bis ins Erwachsenenalter. Sie könnte helfen, den Effekt kinder- und jugendpsychiatrischer Tätigkeit von den Gegebenheiten des Spontanverlaufs abzugrenzen und Risiken sowie kompensatorische Möglichkeiten besser zu bewerten.

LITERATUR:

BLOOM, D.S.: Stability and change in human characteristics. Wiley, New York (1964).

CANTWELL, D. P. (Ed.): The hyperactive child. Diagnosis management current research. New York, Spectrum (1975).

HARBAUER, H.: Auffälligkeiten im Schulalter bis zur Pubertät; in: Concilium Pädopsychiatricum, Ber. III UEP-Kongreß. Karger, Basel/New York (1968).

HARTMANN, K.: Theoretische und empirische Beiträge zur Verwahrlosungsforschung. Springer, Heidelberg/New York (1970).

KLEIN, G.: Die Frühförderung potentiell lernbehinderter Kinder; in: Gutachten und Studium der Bildungskommission, 25, Hrsg.: J. Muth. Klett, Stuttgart (1973).

LEMPP, R.: Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose. Huber, Bern/Stuttgart (1972²).

MENOLASCINO, F. J.: Emotional disturbances in mentally retarded children. Arch. gen. Psychiat., 19, 456-464 (1968).

PECHSTEIN, J.: Umweltabhängigkeit der frühkindlichen zentralnervösen Entwicklung. Thieme, Stuttgart (1974).

RITTER, H., ENGEL, W.: Genetik und Begabung; in: Begabung und Lernen, Hrsg.: H. Roth. Klett, Stuttgart (1971).

ROBINS, L. N.: The adult development of the antisocial child. Seminars in: Psychiatry 2, 420 ff. (1970).

RUTTER, M.: Why are London children so disturbed? Proceedings of the Royal Society of Medicine 66, 1221-1225 (11373).

SANDER, A.: Die statistische Erfassung von Behinderten in der Bundesrepublik Deutschland; in: Gutachten und Studien der Bildungskommission, 25, Hrsg.: J. Muth. Klett, Stuttgart (1973).

SCHEPANK, H.: Erb- und Umweltfaktoren bei Neurosen. Springer. Berlin/Heidelberg/New York (1974).

SCHMIDT, M. H.: Zur Altersstruktur der Eltern kinderpsychiatrischer Patienten; in: Seelische Faktoren und Gesellschaftsstruktur, Hrsg.: Nissen, G., Strunk, P., Luchterhand Verlag, Neuwied/Berlin (1971).

SCHMIDT, M. H.: Zur Bedeutung der Intelligenz für den Verlauf kinderpsychiatrischer Krankheitsbilder. Z. Kinder-Jugendpsychiat. 3, 235-242 (1975).

STONE, J. L., H. T. SMITH, L.B. MURPHY (Hrsg.): The competent infant. Tavistock Publ., London (1973).

SUNDBY, H. S., P.C. KREYBERG: Prognosis in child psychiatry. Universitäts-forlaget, Oslo (1968).

TOMKIEWICZ, S., Y. BINY, E. ZUGMANN: Le placement familial specialise pour enfants arrieres profonds. Sauvegard ce l'Enfance, 26, 214—231 (1971).

WERRY, J. & H. QUAY: Prevalence of behavior Symptoms in younger elementary school children. Amer. J. Orthopsychiat. 40, 325 ff. (1970).

ZERBIN-RÜDIN, E.: Neuere Trends und Ergebnisse der Oligophrenieforschung mit besonderer Berücksichtigung genetischer Aspekte. Z. Kinder-Jugendpsychiat. 1, 170-194 und 270-295 (1973).

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der BRD: Krankheitsfrüherkennung Säuglinge und Kleinkinder. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (1975).

Autoren

Dr. H. BAKONY, Abteilung Gemeindepsychiatrie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

Dr. M. BAUER, Psychiatrische Klinik der Medizinischen Hochschule, Hannover

Dr. K. BEHRENDTS, Institut für Lebensberatung, Düsseldorf

Prof. Dr. M. BERGENER, Direktor der Rheinischen Landeslinik Köln-Merheim, Psychiatrisches Behandlungszentrum

Dr. H. BRODBECK, Rheinische Landeslinik Köln, Psychiatrisches Behandlungszentrum

Dr. U. CHRISTIANSEN, Sozialdienst der Rheinischen Landeslinik Köln, Psychiatrisches Behandlungszentrum

Prof. Dr. B. COOPER, Leiter der Abteilung Psychiatrische Epidemiologie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

Dr. R. CREUTZ, Rheinische Landeslinik Köln, Psychiatrisches Behandlungszentrum

Dr. E.-G. DUCHO, Niedergelassener Nervenarzt, Köln-Porz

Prof. Dr. A. FINZEN, Direktor des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunstorf

Prof. Dr. Dr. H. HÄFNER, Direktor des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, Mannheim

R.-J. HÄGEBARTH, Sozialamt Stuttgart

Dr. G. KOHLSCHEEN, Psychotherapeutischer Leiter der Erziehungs-, Ehe- und Lebensberatungsstelle des Evangelischen Stadtkirchenverbandes, Köln

Dr. M. KRETSCHMER, Landeskrankenhaus Ravensburg, Weissenau

Prof. Dr. C. KULENKAMPPF, Leiter der Abteilung Gesundheitspflege des Landschaftsverbandes Rheinland, Köln

Prof. Dr. H. LAUTER, Ärztlicher Direktor des Allgemeinen Krankenhauses „Ochsensoll“, Hamburg

Bürgermeister H. MARTINI, Mannheim

Herr W. PICARD, MdB, Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE,
Bonn

Dr. H. PHILIPZEN, Psychiatrische Abteilung des St.-Josef-Krankenhauses, Bad
Driburg

Pfarrer W. PÖHLER, Frankfurter Werksgemeinschaft e. V., Frankfurt Dr. B.

TACKE, Psychiatrisches Behandlungszentrum, Köln

Prof. Dr. Dr. M. SCHMIDT, Ärztlicher Direktor der Kinder- und Jugendpsychiatrischen
Klinik des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, Mannheim

Dr. A. VELTIN, Direktor der Rheinischen Landeslinik Rheydt

Stichworte zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

Ambulante Dienste

Hierzu zählen im Vorfeld der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter die allgemeine professionelle und nicht-professionelle Beratung in den Bereichen: Erziehung, Seelsorge, Rechtspflege, Gesundheitsämter, Arbeitsverwaltung, Sozialversicherung und Sozialarbeit; praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin; psychosoziale Kontaktstellen und Fachärzte. Zur ambulanten Versorgung gehören: Niedergelassene Nervenärzte, niedergelassene ärztliche und nicht-ärztliche Fachpsychotherapeuten, Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern, niedergelassene Psychagogen und psychosoziale Versorgungseinrichtungen sowie ambulante Dienste an Krankenhauseinrichtungen.

Außenfürsorge

Außenfürsorge ist ein Sonderfall der Nachsorge (s. NACHSORGE). Darunter versteht man die regelmäßige Betreuung entlassener psychisch Kranker durch das Personal desjenigen Krankenhauses, in dem sie vorher stationär behandelt wurden. Dies geschieht an Orten, die dem Aufenthalt des Patienten näher liegen als die Einrichtung selbst (z. B. im Gesundheitsamt).

Beschützende Wohngruppen und Wohnungen

In beschützenden Wohngruppen und Wohnungen leben ehemalige Patienten oder Behinderte. Sie konnten in stationären und teilstationären Einrichtungen, Übergangs- und Wohnheimen soweit behandelt und gefördert werden, daß sie in der Lage sind, mit Unterstützung der Mitbewohner und gelegentlichen therapeutischen Hilfen ihren Lebensbereich selbständig zu gestalten. Beschützende Wohngruppen werden in der Regel von vier bis sechs Personen gebildet, die ihre eigenen Zimmer haben und Küche und Aufenthaltsräume gemeinsam benutzen.

Einrichtungen für Schwerst- und Mehrfachbehinderte

Einrichtungen dieser Art nehmen diejenigen chronisch Kranken und seelisch Behinderten auf - vor allem aber geistig behinderte Erwachsene, Kinder und Jugendliche —, bei denen durch die Intensität und Schwere ihrer Krankheit

oder durch die Summe funktioneller Ausfälle die Behandlung, Betreuung, Pflege und Förderung so aufwendig sind, daß sie nicht im normalen Wohnheimbereich oder in der Familie verbleiben können.

Extramurale Versorgung

s. INTRAMURALE VERSORGUNG

Familienpflege

Eine besondere Form beschützender Wohnsituation stellt die Aufnahme von Behinderten in Familien dar. Die Familien erhalten für die Betreuung einen finanziellen Ausgleich.

Fehlbelegung (misplacement)

Als Fehlbelegung wird die Unterbringung von Patienten in Krankenhäusern und ähnlichen Einrichtungen bezeichnet, die dort nicht ihres Leidens wegen, sondern aus anderen, z. B. sozialen Gründen, verblieben sind, obwohl sie einer stationären oder halbstationären Behandlung dieser Intensität und Art nicht mehr bedürfen.

Halbstationäre Einrichtungen

Halbstationäre Einrichtungen — wie Tages- und Nachtambulanz - sind als wichtige Glieder der Behandlungskette wesentliche Bestandteile des psychiatrischen Versorgungssystems. Sie sind eine entscheidende Voraussetzung für eine gestufte Rehabilitation psychisch Kranker. Diese Dienste sollen eine Vollhospitalisierung abkürzen oder vermeiden (s. TAGESKLINIK, NACHTKLINIK).

Intramurale Versorgung

Mit intramuraler Versorgung werden alle: Maßnahmen bezeichnet, die innerhalb der Mauern des psychiatrischen Krankenhauses geschehen. Alle übrigen psychiatrischen Einrichtungen und Maßnahmen werden diesem als extramural gegenübergestellt.

Komplementäre Dienste

Komplementäre Dienste (Einrichtungen) sind alle Einrichtungen für die Wiedereingliederung oder Dauerunterbringung solcher psychisch Kranker oder Behinderten, die im Wohn- oder Arbeitsbereich ohne besondere Hilfen nicht oder noch nicht selbständig leben können. Die komplementären Dienste

vervollständigen das Gesamtversorgungssystem (d.h. ambulante stationäre und halbstationäre Dienste). Sie sind für eine adäquate Versorgung, insbesondere von chronisch Kranken und Gestörten sowie geistig und seelisch Behinderten, die eine Krankenhausbehandlung nicht oder nicht mehr brauchen notwendig und unentbehrlich.

Zu unterscheiden sind **komplementäre Dienste mit voller Patienten- und Behindertenversorgung** (ÜBERGANGSHEIWE, WOHNHEIME, EINRICHTUNGEN FÜR MEHRFACH- UND SCHWERSTBEHINDERTE) und **sonstige komplementäre Dienste** (BESCHÜTZENDE WOHNGRIPPEN UND WOHNUNGEN, PATIENTENCLUBS, TAGESSTÄTTEN).

Krisenintervention

Krisenintervention bedeutet ein Vorgehen der Vorbeugung, der Frühbehandlung und des akuten Eingreifens durch geeignete Maßnahmen, die in der Krise zur Anwendung kommen.

Nachsorge

Bei bestimmten psychischen Erkrankungen folgt dem Krankenhausaufenthalt eine unter Umständen sehr lange Risikoperiode, in der zur Abwendung von Rückfällen oder gesundheitlichen und sozialen Nachteilen verstärkte ärztliche und soziale Bemühungen notwendig sind. Ein Sonderfall der Nachsorge ist die Außenfürsorge (s. AUSSENFÜRSORGE).

Nachtklinik

Die Nachtklinik ist eine halbstationäre Einrichtung, in der arbeitende psychisch Kranke für begrenzte Dauer wohnen und behandelt werden. Die Patienten verbringen dort die abendliche Freizeit und meist auch das Wochenende. Tagsüber gehen sie im Rahmen eines regulären Arbeitsverhältnisses einer anderen regelmäßigen Beschäftigung, einer Ausbildung oder einer beruflichen Tätigkeit nach.

Patientenclub

Patientenclubs sind Einrichtungen, die ambulanten und aus stationärer Behandlung entlassenen Kranken, ihren Angehörigen und Freunden zusammen mit anderen Bürgern die Möglichkeit zu Kontakten und zu gemeinsamen — meist geselligen — Veranstaltungen bieten.

Prävention

Primärprävention umfaßt alle Maßnahmen, die das erstmalige Auftreten psychischer Störungen verhindern.

Von der Primärprävention ist die **Sekundärprävention** zu unterscheiden, die durch Früherfassung und Frühbehandlung die Verkürzung der Erkrankungsdauer und die Verhinderung von Rückfällen zum Ziel hat — wie auch die **Tertiärprävention**, die die chronischen Auswirkungen der Erkrankungen zu vermeiden bzw. zu mildern sucht.

In den Bereich der primären, teilweise auch der sekundären Prävention fällt der Begriff der **Vorsorge**, der sich auf Maßnahmen bezieht, die mit dem Ziel durchgeführt werden, das Neuauftreten von Erkrankungen zu verhindern und beginnende Erkrankungen rechtzeitig zu erkennen.

Psychiatrisches Behandlungszentrum

Das Psychiatrische Behandlungszentrum ist als Oberbegriff für die verschiedenen Möglichkeiten stationärer Einrichtungen anzusehen, nämlich psychiatrische Fachkrankenhäuser, psychiatrische Kliniken oder Abteilungen im Rahmen von Allgemeinkrankenhäusern.

Spezielle rehabilitative Dienste

Rehabilitation umfaßt alle Maßnahmen und Leistungen, die geeignet sind, psychisch Kranke und Gestörte, körperlich, geistig und seelisch Behinderte sowie von Behinderung Bedrohte; möglichst auf Dauer in Arbeit, Schule, Ausbildungsstätten, Beruf und Gesellschaft einzugliedern. Weiterhin sollten sie denjenigen Behinderten, bei denen eine volle Wiedereingliederung nicht gelingt, die Teilnahme am Leben in der Gesellschaft erleichtern, ihnen die Einübung einer angemessenen Tätigkeit oder Beschäftigung ermöglichen, die ihnen verbliebenen Fähigkeiten fördern und entwickeln oder sie — soweit wie möglich — unabhängig von Pflege machen. Schließlich sollen sie den Schwerbehinderten, Schwerst- und Mehrfachbehinderten, die besonderer Betreuung und Pflege bedürfen, zur Erleichterung ihrer Beschwerden wirksam helfen, ihnen angemessene Bildung, kulturelle und sonstige Anregungen ermöglichen und durch Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten zu ihrer Verselbständigung soweit wie möglich beitragen.

Unterscheidungen werden getroffen zwischen medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation.

Werkstätten für Behinderte, beschützende Arbeitsplätze, Berufsbildungswerke und Berufsförderungswerke sind für diese Aufgaben besonders ausgestattet.

Stationäre Dienste

Hierzu gehören Psychiatrische Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Psychiatrische Universitätskliniken sowie stationäre psychotherapeutisch/psychosomatische Einrichtungen.

Die Tagesklinik ist eine halbstationäre Errichtung zur Behandlung vorwiegend akut oder subakut psychisch Kranker, die einen ausreichenden stabilen sozialen Hintergrund haben. Für eine begrenzte Zeit halten sie sich tagsüber dort auf, während sie Abend und Nacht im gewohnten häuslichen Milieu verbringen.

Tagesstätten

Tagesstätten sind Einrichtungen für nicht arbeitsfähige seelisch und geistig Behinderte, deren Angehörige tagsüber nicht zur Verfügung stehen oder entlastet werden müssen. Sie unterscheiden sich von Tageskliniken durch ihren überwiegend versorgenden Charakter.

Übergangsheime

Übergangsheime sind Rehabilitationseinrichtungen, in denen arbeitsfähige oder teilarbeitsfähige psychisch Kranke sowie seelisch und geistig Behinderte leben. Auch noch nicht arbeitsfähige Patienten können aufgenommen werden, sofern eine Befähigung zur Arbeitsvermittlung in absehbarer Zeit in Aussicht steht.

Vorsorge

s. Prävention

Wohnheime

Wohnheime dienen zur Aufnahme von chronisch psychisch Kranken sowie seelisch und geistig Behinderten beiderlei Geschlechts auf unbestimmte Dauer. Diese Personengruppe benötigt keine intensive medizinische Behandlung. Sie ist aber auf Grund ihrer begrenzten oder fehlenden Selbständigkeit im Bereich des Wohnens und der Freizeit oder auf Grund ihrer sozialen Anpassungsschwierigkeiten nicht in der Lage, selbständig zu wohnen oder mit Angehörigen zusammenzuleben.