



# Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht

Die Psychiatrie-Enquete  
in internationaler Sicht

Herausgegeben von  
Caspar Kulenkampff  
und  
Walter Picard

AKTION PSYCHISCH  
KRANKE

# Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht

Tagungsbericht

Herausgegeben von

Caspar Kulenkampff  
und  
Walter Ricard

AKTION PSYCHISCH KRANKE

Hergestellt mit Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,  
Köln und  
des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-  
Westfalen.

© Rheinland-Verlag GmbH - Köln -1979

Herstellung: Publikationsstelle des Landschaftsverbandes Rheinland Druck:  
Alois Palmer Ing. (grad.) - 5060 Bergisch Gladbach 2 (Schildgen) ISBN 3-  
7927-0454-4

# Inhalt

## Vorwort

### A. Begrüßung

A. Huber

### B. Einleitung

C. Kulenkampff 13

### C. Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht 21

Gedanken zur Organisation der Psychogeriatric  
C. Müller 23

Koreferat:  
J. E. Meyer 35

Diskussion 38

Zur Rehabilitation chronisch psychisch Kranker und geistig Behinderter:  
Die Notwendigkeit eines leistungsintensiven psychiatrischen Gesundheitsdienstes.  
K. Wing 47

Koreferat:  
H. Dilling 59

Diskussion 65

Eindämmung der Suchtkrankheiten: Nützen primärpräventive Gesetze?  
K. Erns 72

Koreferat: A. Huhn	88
Diskussion	94
Community Mental Health Centers in den Vereinigten Staaten F. Redlich	100
Koreferat: H. Häfner	118
Diskussion	125
Zum Abschnitt Psychotherapie/Psychosomatik der Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages Versuch einer Würdigung H.Strotzka	131
Koreferat: W. Bräutigam	140
Diskussion	144
Problem der Organisation der Versorgung psychisch Kranker und Be- hinderter E. Strömngren	152
Koreferat: G. Bosch	165
Diskussion	170
<b>D. Autoren- und Diskussionsteilnehmerverzeichnis</b>	<b>177</b>
<b>E. Begriffe zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter</b>	<b>184</b>

## Vorwort

Zum Zeitpunkt der Tagung im Juni 1978 waren rund 2 1/2 Jahre seit Vorlage des Berichtes zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland vergangen. Der Bericht wurde hierzulande bereits ausführlich diskutiert und fand insgesamt breite Zustimmung.

Mit der Internationalen Tagung verfolgte die AKTION PSYCHISCH KRANKE die Absicht, das Konzept dieser Enquete einer kritischen Stellungnahme ausländischer Experten zu unterziehen, und zwar Experten aus Ländern, die der Bundesrepublik größtenteils in der Entwicklung einer zeitgemäßen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter voraus sind und auf diesem Gebiet bereits Erfahrungen gesammelt haben.

Mit Genugtuung kann festgestellt werden, daß die Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete in allen wesentlichen Teilen Anerkennung und Beifall finden. Referate und Diskussionen haben eine weitgehende Übereinstimmung in den Zielen ergeben und gezeigt, daß es höchste Zeit ist, nun endlich mit mehr Nachdruck die praktische Durchführung der theoretischen, planerischen und grundsätzlichen Überlegungen voranzutreiben. Dabei können die Erfahrungen, die andernorts gemacht wurden und von denen zum Teil hier berichtet wird, Fehlentwicklungen vermeiden und den begonnenen Realisierungsprozeß beschleunigen helfen.

Die AKTION hofft, mit diesem Tagungsbericht der Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland neue Impulse geben zu können, die Diskussion in der Öffentlichkeit zu bereichern und die Debatte im Deutschen Bundestag zu beschleunigen.

Bonn/Köln im Januar 1979

Die Herausgeber

## A. Begrüßung

*Antje Huber*

Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit

Lassen Sie mich zu Beginn ihrer Veranstaltung den Rahmen ein wenig über das engere Anliegen der psychiatrischen Versorgung hinausspannen. Unter den vielen, mehr oder weniger grundsätzlichen Problemen und Konflikten im Gesundheitswesen, scheinen mir zwei von fundamentaler Bedeutung zu sein, auf die ich kurz eingehen möchte. Viele unserer gegenwärtigen Sorgen und auch politischen Auseinandersetzungen hätten wir nicht, wären die Bürger bereit, einen höheren Anteil - 30 oder gar 50% dessen, was erarbeitet wird - für ihre Gesundheit aufzuwenden.

Spätestens seit 5, 6 Jahren wissen wir aber, und hier hat besonders der Sozialversicherte Marken gesetzt, daß keine Bereitschaft besteht, sonderlich mehr als bisher für gesundheitliche Belange aufzuwenden.

Der Bürger weiß sehr wohl, was Gesundheit für ihn bedeutet, er weiß genauso gut, daß er schon recht viel Mittel dafür aufbringt, mit denen bei optimalem Einsatz auch allerhand zu erreichen ist. Letztlich, und dafür habe ich Verständnis, will er nicht arbeiten, um gesund zu bleiben, sondern um mit Hilfe der Gesundheit leben zu können.

So müssen zwangsläufig unter einer letztlich knapp bemessenen finanziellen Decke, akzentuiert durch die gesamtwirtschaftliche Lage, Auseinandersetzungen um die Verteilung stattfinden, die auch zur Zeit wesentliche Aspekte der Gesundheitspolitik ausmachen, wenn ich an das sogenannte Kostendämpfungsgesetz und zuletzt an die Konzertierte Aktion erinnern darf.

Die Problematik, die sich für uns dabei auftut, ist sicher über die standespolitischen Aspekte hinaus mehrdimensional. Jeden Tag steht ein neues Anliegen mit dem Anspruch auf Priorität vor der Tür - Krebs, Rheumatismus, Psychiatrie - und jedes Anliegen hat seine Berechtigung, so daß die Entscheidung nicht „entweder-oder“, sondern „sowohl - als auch“ lauten muß. Neben den fachlichen spielen materielle Besitzstände ihre historisch gewachsene und insoweit auch verfestigte Rolle, und nur zu oft empfindet man leider, daß der immer wieder zitierte Patient gar nicht im Mittelpunkt der Auseinandersetzungen zu stehen scheint. Ein zweiter Aspekt grundsätzlicher Konflikträchtigkeit sei hier erwähnt, ausgehend vom Patienten und vom Bürger in seiner Rolle als

potentiellem Patienten. Es ist die unübersehbare Krise einer allzu naturwissenschaftlich, um nicht zu sagen physikalisch und chemisch geprägten Medizin, die an Grenzen ihrer Möglichkeiten stößt, weil sie die Grenzen ihrer Akzeptanz beim Patienten und vor allem Grenzen des Vertrauens erreicht hat. Es ist schlichtweg falsch, wenn der Baden-Württembergische Ministerpräsident Filbinger bei der Eröffnung des diesjährigen Ärztetages in Mannheim es so darzustellen versucht, als sei diese Technisierung der Medizin eine Bürde, die die sozialliberale Koalition der Ärzteschaft aufgedrängt habe. Hier spiegelt sich vielmehr eine langjährige Tendenz der medizinischen Wissenschaft, der Lehre und des praktischen ärztlichen Handelns, allzuviel Vertrauen und Hoffnung in die Technik zu setzen, und dabei das Seelische außer acht zu lassen. Es bleibt nicht verwunderlich, daß der Patient sich gleichermaßen solcher Hoffnung hingeeben hat, nun aber, beinahe zeitlich, noch vor den Ärzten zu zweifeln beginnt.

Parlamentarische Anfragen zur Humanität im Krankenhaus sind ebenso wie Klagen über Drei-Minuten- und Verschreibemedizin in der ärztlichen Praxis Spitzen jenes Unbehagens, das auf der anderen Seite einer Vielzahl unkonventioneller, nicht schulgemäßer Außenseiterverfahren Chancen eröffnet - eingeschlossen Paramedizin und Scharlatanerie. Es fehlt an der Seele im Geschäft, der Patient hat das gemerkt. Die Medizin und mit ihr die Gesundheitspolitik sind herausgefordert.

Meine Damen und Herren - auch die Psychiatrie, die der Seele gewidmet ist, bleibt nicht frei vom Vorwurf der über Gebühr strapazierten Physik und Chemie.

Und wenn heute ihre Psychopharmakotherapie als „Chemische Keule“ apostrophiert ist, - und selbst wenn wir das Ideologische und Polemische davon abstreifen, so ist der Vorwurf über den Mangel an menschlicher Zuwendung kaum zu überhören. Mangel an Ärzten in der Psychiatrie, im Verein mit den Möglichkeiten der Psychopharmakotherapie, läßt nun einmal als ungünstige Koalition den Menschen im psychisch Kranken zu kurz kommen und Heilung oder Linderung zu schwergewichtig chemisch vorstatten gehen.

Sie, meine Damen und Herren, sind heute hier zusammengekommen, um über die internationalen Aspekte der Enquete zu diskutieren. Wir hören immer wieder und überall den Vorwurf an uns alle, daß der psychisch Kranke keine Lobby habe. Es sei mir an dieser Steile gestattet, bei aller Berechtigung dieses Vorwurfs, eine Organisation lobend hervorzuheben, die ihre selbstgewählte Rolle als Lobby für den psychisch Kranken vortrefflich zu gestalten weiß, nämlich die AKTION PSYCHISCH KRANKE mit Herrn Bundestagsabgeordneten Picard am Steuer und vielen der ehemaligen Enquete-Mitarbeiter im Cockpit.

Es ist ihr unumstrittenes Verdienst, die berechtigten Anliegen und Ansprüche des psychiatrischen Versorgungssektors der Öffentlichkeit fortlaufend vorzuführen, den Gesundheitspolitikern unablässig im Nacken zu sitzen und sie auf Trab zu halten. So möchte ich die Gelegenheit nicht versäumen, so schwer Sie mir auch das Leben gelegentlich machen, Ihnen aufrichtig für Ihren Einsatz zu danken und Sie zu bitten, nicht nachzulassen.

ihnen aber, den ausländischen Gästen hier, möchte ich im Namen der Bundesregierung danken für Ihr Interesse und die Bereitschaft, konstruktiv an unseren Problemen mitzuarbeiten.

Die Tatsache, daß dieses heutige Treffen zustande kommen konnte, zeigt mir, daß die in der Enquete behandelten Probleme, dargelegten Sorgen und vorgeschlagenen Wege nicht allein ein Problem deutscher Psychiatrie sind, sondern in ihren Grundzügen rundum anzutreffen sind.

Der Bundesgesundheitsminister hat im Augenblick den Auftrag zu erfüllen, gestützt auf Äußerungen der Länder und maßgeblicher Verbände, dem Bundestag einen Bericht vorzulegen, der die Einschätzung der Enquete-Empfehlungen vor dem Hintergrund einer sich verändernden Lage widerspiegeln soll.

Hinsichtlich der Schwerpunkte der Enquete, wie sie die Bundesregierung bislang sehen mußte, darf ich auf die Worte meiner Vorgängerin, Frau Katharina Focke, verweisen, die am 25. November 1975 eine erste Wertung vorgenommen hat. Ohne dem Abschluß dieses Berichtes, der sich wie gesagt noch in der Arbeit befindet, vorzugreifen, bleibt schon jetzt erkennbar, daß die unrühmlichen Schlagzeilen der Psychiatrie, die uns bis in die jüngsten Tage verfolgen, nicht allein dadurch verschwinden werden und können, daß die stationäre Versorgung saniert wird. Vielmehr wird immer deutlicher, daß neben der Sanierung im klinischen Bereich entscheidende Entlastung durch Maßnahmen außerhalb der stationären Versorgung zu erwarten ist. Hier tut sich für alle Verantwortlichen ein weites Feld auf, das abzustecken, zu systematisieren und auch abzusichern für die Zukunft die vordringliche Aufgabe sein dürfte.

Anders als im stationären Bereich, wo doch schon abgeschlossenerer Vorstellungen existieren, gewisse Erfahrungswerte Bedeutung haben, handelt es sich bei der Aufgabe „draußen“ noch um ein großes Versuchsfeld, so daß bei aller geleisteten Arbeit auf diesem Gebiet gesagt werden muß, daß wir uns hier letztlich bei kritischer Prüfung im Anfang befinden, noch keine systematischen Lösungen haben und für jede Initiative und Eigenleistung der Engagierten dankbar sind.

Eine Vielzahl von Einzelproblemen aus dem Gesamtkatalog könnte ich Ihnen aufzählen, das Problem der Psychotherapie und psychosomatischen Medizin,

der notwendigen Aus- und Weiterbildung, der Gestaltung und Finanzierung nichtklinischer Versorgungseinrichtungen, das Defizit an Fachärzten, rehabilitative Lücken usw.

Wann immer, meine Damen und Herren, in der Öffentlichkeit und im fachlichen Kreise von den Mängeln und Lücken im psychiatrischen Versorgungssystem gesprochen wird, dann denke ich nicht zuerst an mögliche Übertreibungen und Dramatisierungen, sondern an die Realität von kranken und behinderten Menschen, denen diese, im wesentlichen wohlständische Gesellschaft, noch immer nicht das bieten kann, was rundherum als billig und unerlässlich empfunden wird.

## B. Einführung

### *C. Kulenkampff*

Es wird in unserem Lande beklagt, daß der Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik ungefähr zweieinhalb Jahre nach seiner Zuleitung an den Deutschen Bundestag immer noch nicht im Parlament diskutiert worden ist. Die Stellungnahme der Bundesregierung, in welcher wiederum die Stellungnahmen der 11 Bundesländer, der Bundesressorts und offensichtlich auch einiger Spitzenverbände verarbeitet werden müssen, fehlt weiterhin. Man schließt aus dieser zögerlichen Behandlung, daß das Papier, wie viele andere Enquete-Berichte zuvor auch, mehr oder weniger zu den Akten gelegt wurde, aus dem politischen Raum verschwunden, einem allmählich stagnierenden Desinteresse verfallen und so wenigstens im Vergleich mit den geweckten Erwartungen und Hoffnungen weitgehend wirkungslos geblieben ist.

Ich kann jetzt schon sagen, daß diese zur Zeit herumgeisternden Vermutungen mit dem, was sich abspielt, sicher nicht in Einklang zu bringen sind. Nun ist es freilich bei der Zersplitterung des deutschen Gesundheitswesens in der Tat schwer, zu einer kompletten Beurteilung der gegenwärtigen Situation auf dem Gebiet der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zu kommen. Dennoch will ich versuchen, wenigstens in einigen, mir wesentlich erscheinenden Aspekten, eine Art von Überblick zu geben. Darin möchte ich wenigstens einen ungefähren Eindruck davon vermitteln, was an Veränderungen stattgefunden hat, was eine Fortführung und Fortschreibung von Teilen des Enquete-Berichtes erfährt und was sich an kritischen, an problematischen Punkten herausgestellt hat.

Bevor ich dies tue, sei in Erinnerung gerufen, daß der Enquete-Bericht nicht von einer tabula rasa her verfaßt worden ist. Vielmehr waren die wesentlichen Grundsätze und Reformvorstellungen den sich hierfür interessierenden Fachleuten schon Jahre zuvor präsent. Insofern hat die Kommission nach einer sehr gründlichen Analyse des Ist-Zustandes und vergleichbarer Vorgänge in anderen Ländern das gleichsam noch ungeordnete Gedankengut eingesammelt, die internationalen Erfahrungen berücksichtigt und vielfach divergierende Bestrebungen beteiligter Gruppen zum Ausgleich zu bringen versucht. Durch die Bearbeitung der Materie selbst wurde freilich die Komplexität der Aufgabe und ihr Umfang in weiten Bereichen überhaupt erst sichtbar. Dies führte notwendigerweise zu einer erheblichen Ausweitung des Mitarbeiterkreises auf etwa 120 Personen und zu großen Schwierigkeiten, die auseinanderstrebenden Vorstellungen, Voten und Forderungen zu bündeln und in ein

Ganzes wieder zurückzuführen. Dennoch meine ich, ist der Empfehlungskatalog des Enquete-Berichtes auch in seinen kompromißhaften Anteilen als eine systematisierte Zusammenfassung von begründeten Aussagen anzusehen, wie die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in diesem Lande zukünftig zu gestalten sei.

Berücksichtigt man die Vorgeschichte und die vierjährige Geschichte der Erarbeitung des Enquete-Berichtes selbst, so nimmt es nicht wunder, daß die Veröffentlichung der Bundestagsdrucksache zum Teil unerwartet rasche und durchgreifende Wirkung gezeigt hat. Schon die Tatsache, daß hier ein Auftrag des Deutschen Bundestages vorlag, macht deutlich, daß die sich aufstauenden Probleme einer sach- und bedarfsgerechten Versorgung psychisch Kranker und Behinderter endlich politisch relevant geworden waren. Die Explikation der Empfehlungen traf so auch bei den Entscheidungsträgern auf einen durchaus vorbereiteten Boden, zumal die für die Gesundheit zuständigen Bundesländer von Anfang an in der Sachverständigen-Kommission intensiv mitgearbeitet haben. Schließlich hat der weite Kreis von Beteiligten, die an der inhaltlichen Zielrichtung der Texte mitgearbeitet haben, zweifellos multiplikatorisch auch im eigentlichen Fachgebiet selbst gewirkt.

Versucht man nun, wie schon angekündigt, in der Form eines groben Überblickes die Folgeerscheinungen der Enquete näher zu präzisieren, so ist wohl von dem Faktum auszugehen, daß die Grundthese des Berichtes, nämlich zu einer Dezentralisierung des Versorgungssystems zu kommen und damit der generellen Forderung nach gemeindenahen Angeboten zu entsprechen, überall akzeptiert worden ist. Diese Wendung vor allem der Krankenhauseinrichtungen hin zu einer Öffnung nach außen, die ganz erhebliche Verstärkung extramuraler Aktivitäten in den Gemeinden und Kreisen hat eine Reihe von Auswirkungen mit sich gebracht. Im komplementären und rehabilitativen Bereich sind eine Vielzahl von Angeboten entstanden, die zweifellos zu einer Verbesserung der Versorgungssituation und zu einer Entlastung der großen psychiatrischen Krankenhäuser beigetragen haben. Daß diese sehr abrupt schon während der Laufzeit der Enquete einsetzende Entwicklung einerseits durch überhastete und unüberlegte Verlegungen aus den Krankenhäusern, andererseits durch Wildwuchs unqualifizierter Heimangebote, vor allem auf dem privaten Sektor, auch zu negativen Erscheinungen geführt hat, ist inzwischen nachgewiesen und kann nicht bestritten werden. Jedoch werde ich diesen Sachverhalt nicht als Hinweis auf einen systematischen Fehler, sondern als durchaus korrekturfähige Anfangsschwierigkeit im Rahmen einer sich anbahnenden durchaus wünschenswerten strukturellen Verschiebung.

Mit dem fortlaufenden Ausbau des komplementären Bereichs, wenn auch wahrscheinlich nicht allein hierdurch bedingt, stehen Veränderungen auf dem

Gebiet der Krankenhauseinrichtungen im Zusammenhang. Überall ist eine zum Teil beträchtliche Reduzierung der Bettenkapazitäten festzustellen. Die Aufnahmezahlen pro Jahr steigen, die durchschnittlichen Verweildauern sinken ab. Man trennt sich von den nicht krankhauspflegebedürftigen Behinderten und beginnt dort, wo sie, aus welchen Gründen auch immer, in größerer Zahl in den Krankenhäusern noch vorhanden sind, selbständige Behindertenbereiche - getrennt vom Krankenhaus mit heilpädagogisch-sozialtherapeutischem Akzent - zu etablieren: Insgesamt ein Vorgang, den man einigermaßen zutreffend mit dem Terminus „Klinifizierung“ umschreiben kann. Diese Entwicklung stimmt mit der Empfehlung überein, daß psychiatrische Krankenhäuser für die Versorgung eines entsprechend verkleinerten Gebietes zuständig, eine Größenordnung von 500-600 Betten nicht überschreiten sollten. Auch trägt die fortschreitende Klinifizierung zu dem angestrebten qualitativen Ausgleich der Versorgungsleistung zwischen psychiatrischem Krankenhaus einerseits und psychiatrischer Abteilung am allgemeinen Krankenhaus andererseits bei.

Was die Einrichtung derartiger psychiatrischer Abteilungen angeht, so ist zwar der Streit über die angemessene Größe und die Realisierungschancen der notwendigen Einbindung in ein umfassendes regionales Versorgungssystem noch immer im Gange, jedoch hat sich, wie ich meine, der Grundgedanke, auf diesem Wege zu einer vernünftigen Dezentralisierung und Diversifikation gemeindenaher therapeutischer Angebote zu kommen, durchgesetzt. In der Zwischenzeit sind, wenn auch noch in sehr ungleicher Verteilung über das Bundesgebiet, eine Reihe von Abteilungen entstanden, weitere sind in der Planung.

Zu den einschneidenden Veränderungen auf legislativem Gebiet zählt schließlich die Novellierung der Reichsversicherungsordnung, nach der es nunmehr den Trägern psychiatrischer Krankenhäuser ohne Bedarfsprüfung gestattet ist, sogenannte „Institutsverträge“ abzuschließen, also die seit langem für notwendig erachteten ambulanten Dienste mit definiertem Leistungskatalog einzurichten.

Schon diese wenigen Punkte - der Katalog ließe sich leicht fortführen - machen deutlich, daß das überkommene und als veraltet allseits angesehene Versorgungssystem in Bewegung geraten ist, und zwar teilweise bereits während der Erarbeitungsphase der Enquete, teilweise nach dem Abschluß des Berichtes - dabei, was wenigstens einzelne Bereiche betrifft - in einer Rasanz, wie das die Mitglieder der Sachverständigenkommission sicher nicht erwartet haben.

Nun ist bei allem zu beachten, daß die Empfehlungen der Enquete nicht den Charakter biblischer Offenbarung beanspruchen, sondern Aussagen sind, die

einen Zielhorizont abstecken, welcher einen ziemlich weitgesteckten Zeitraum umfaßt. Deswegen ist mit dem Blick auf diese Ziele kritische Auseinandersetzung nicht nur möglich, sondern auch erwünscht. Derartige kritische Auseinandersetzungen werden besonders dann relevant, wenn es um die zum Teil schwierigen Fragen der Umsetzung des Geforderten in die Realität geht. In diesem Zusammenhang kommt, meiner Ansicht nach, der gemeinsamen gründlich erarbeiteten vorläufigen Stellungnahme des Deutschen Städtetages und Deutschen Landkreistages besonderes Gewicht zu, weil es ja die hier zusammengefaßten kommunalen Gebietskörperschaften sind, denen im Vollzuge der Dezentralisierung zukünftig verstärkt oder überhaupt erstmals der Aufgabenkomplex zuwächst, für die Versorgung psychisch Kranker Sorge zu tragen. Ich finde es bemerkenswert, daß die beiden kommunalen Spitzenverbände diese Zukunftsaufgabe prinzipiell akzeptiert haben, wenngleich sich hiermit - darauf im einzelnen einzugehen, würde an diesem Ort zu weit führen - eine Reihe von Struktur- und Kostenfragen ergeben. Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände haben sich schriftlich mit unterschiedlicher Akzentuierung, aber doch im Konsensus mit den Leitlinien zur Enquete geäußert. Ferner liegen Stellungnahmen gesundheitspolitisch tätiger Parteigremien und von Fachgesellschaften vor.

Darüber hinaus bemüht man sich - zwei Beispiele seien genannt - im Rahmen der angesprochenen Umsetzungsproblematik um die Fortschreibung einzelner Textteile des Enquete-Berichtes. So entwickelt zur Zeit eine Arbeitsgruppe des Deutschen Städtetages zusammen mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe Modelle zur Neuregelung der Finanzierungsmodalitäten im Heimsektor. Damit wird die generelle Forderung der Enquete, den komplementären Bereich legislativ neu zu ordnen, ausgefüllt, konkretisiert und politisch relevant zu machen versucht. Daneben hat sich der Fachausschuß V - Hilfe für psychisch Kranke - des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, zusammen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, des speziellen Fragenkomplexes sogenannter Übergangsheime angenommen. Es geht hier darum, die Aufgaben dieser wichtigen Einrichtungsart - über deren Probleme eine von der AKTION PSYCHISCH KRANKE veranstaltete Akademie-Tagung in Loccum stattfand - näher zu präzisieren und eine Einigung über den angemessenen Leistungsträger, d. h. in diesem Falle wohl die Krankenkassen, herbeizuführen.

Schon diese Vorarbeiten, Empfehlungen des Enquete-Berichtes auf den Weg zu bringen, sind von der Sache her schwierig genug. Darüber hinaus wird, wie in einer Periode verschuldeter öffentlicher Kassen und allgemeiner Kostendämpfungsbestrebungen kaum anders zu erwarten, generell ein gewisser Gegenwind spürbar, wenn es um Kostenfragen geht. Die betroffenen Träger

psychiatrischer Krankenhäuser zum Beispiel befürchten, daß bei rückläufigen Bettenkapazitäten bzw. Pfl egetagen, besonders durch die damit verbundene indirekte Erhöhung der Personalquote und durch die verminderte Kostenbeteiligung der Länder, Einnahmeverluste entstehen, die durch die Pflegesätze nicht ohne weiteres aufgefangen werden können. Obgleich es sicher richtig ist, daß eine derartige indirekte Erhöhung der Personalquoten vielerorts wünschenswert ist, weil es immer noch an einer sachgerechten Ausstattung mit qualifiziertem Personal mangelt, so bleibt doch vorerst offen, ob die Kassen die dann mancherorts notwendig werdende kräftige Steigerung der Pflegesätze mitmachen werden. Auch die beabsichtigte Abtrennung der Behindertenbereiche ist - unter der Voraussetzung bedarfsgerechter Besetzung mit heilpädagogisch versierten Mitarbeitern - zweifellos kosten intensiv und trifft hier den sowieso schon stark belasteten überörtlichen Sozial hilfeträger. Ferner wirkt die Tatsache, daß sich psychiatrische Krankenhäuser in freier Trägerschaft gemäß den Empfehlungen der Enquete zunehmend bereit erklären, die Versorgung definierter geographischer Gebiete voll zu übernehmen, in die gleiche Richtung. Denn damit werden aus dem flächendeckenden System der Aufnahmebezirke psychiatrischer Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft gleichsam Stücke herausgeschnitten. Die Dezimierung des Versorgungsgebietes muß naturgemäß wenigstens in gewissem Umfang eine Schrumpfungstendenz des dort zuvor zuständigen psychiatrischen Krankenhauses nach sich ziehen.

Man kann es daher verstehen, daß sich allenthalben Widerstände gegen eine zu massive und ungesteuerte Ausweitung des komplementären Sektors und gegen die Eröffnung psychiatrischer Abteilungen geltend machen, soweit durch deren Einrichtung mit quantitativen Folgen auf bestehende Krankenhäuser gerechnet werden kann.

Probleme der Kostendeckung sind es auch, die, soweit ich sehe, dazu geführt haben, daß die Einrichtung ambulanter Dienste an psychiatrischen Krankenhäusern nach Eröffnung der entsprechenden legislativen Möglichkeiten nur recht zögernd anläuft. Ob die offenbar bestehende Absicht zweier Länder, die sich aus den spezifischen Besonderheiten psychiatrischer ambulanter Dienste ergebenden Defizite auszugleichen, im Bundesgebiet Schule machen wird, bleibt abzuwarten.

Neben der Diskussion derartiger monetärer Aspekte ist die Auseinandersetzung über inhaltliche Differenzen keineswegs beendet. Der Streit, zum Beispiel über die Größe der Abteilungen, dauert an, und immer wieder wird das Gespenst der sogenannten Zwei-Klassen-Psychiatrie beschworen. Gar nicht zu reden von der umstrittenen Frage, ob hierzulande ein Facharzt auf dem Gebiete Psychotherapie/Psychosomatik eingeführt werden sollte. Der Deutsche Ärztetag hat vor ein paar Tagen nicht die Einführung eines Facharztstitels,

wohl aber Qualifikationsrichtlinien für zwei Zusatzbezeichnungen beschlossen: und zwar eine Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ mit zweieinhalbjährigem Weiterbildungsgang und eine Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ mit einem dreieinhalbjährigen Weiterbildungsgang, Ob damit die miteinander ringenden Fronten zur Ruhe kommen werden, erscheint mir, selbst wenn man in diesem Beschluß einen ersten Schritt in gewünschter Richtung erkennen mag, fraglich. Hierüber, und - damit im Zusammenhang - über das Bemühen der Psychologen, einen legislativ definierten Handlungsspielraum für einen eigenständigen Bereich psychologischer Behandlung zu erhalten, wird morgen nachmittag gewiß zu diskutieren sein.

Blicken wir in die Zukunft, so ist trotz der Tatsache, daß wir uns hierzulande mitten in einem Strukturwandel der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter befinden, die Zahl der Aufgaben, deren Erfüllung noch bevorsteht, erheblich. Die interparlamentarische Arbeitsgemeinschaft hat in sehr verdienstvoller Weise einen derartigen Aufgabenkatalog zusammengestellt, der den Umfang dessen erkennen läßt, was noch zu bewältigen wäre. Man könnte angesichts eines solchen Sachverhaltes verzagen. Indessen bringt uns eine derartige Einstellung, welcher vor den sich immer wieder auftürmenden Hemmnissen beständig schwindelig wird, nicht weiter. Es wäre verhängnisvoll, wenn wir nach den ersten Schritten, die uns zweifellos zunächst in einen eher labilisierten Zustand versetzt haben, stehen bleiben würden. Das Begonnene ist mit zähem Mut auch in Zeiten knapper Mittel geduldig und besonnen fortzusetzen, damit der in Angriff genommene Umbau für diejenigen, um die es hier geht, in einer entscheidend verbesserten Situation benutzbar, begehbar, bewohnbar wird.

Da andere europäische Länder und die USA mit der Umsetzung von Reformprogrammen zum Teil sehr viel früher begonnen haben, besitzen sie einen vergleichsweise erheblichen Erfahrungsvorsprung. Deswegen messe ich dieser Tagung besondere Bedeutung zu.

Ich hoffe, daß der unbefangene Blick von außen auf dem Hintergrund und im Vergleich mit eben dieser Erfahrung eine kritische Einstellung gegenüber dem Bericht der Sachverständigenkommission provoziert hat, die uns nur willkommen sein kann. Denn wie leicht werden wir - immer nur verwiesen auf das, was wir in unseren Köpfen bewegen und unmittelbar vor uns sehen - betriebsblind. Daß Anregungen, Korrekturen und fortführende Hinweise aus der Diskussion mit den ausländischen Kollegen hervorgehen mögen, ist der Sinn dieses Symposions - ferner, daß es vielleicht gelingen möge, den bundesrepublikanischen Enquete-Bericht im Konzert ähnlicher Unternehmungen anderer Länder richtig einzuordnen. Denn - auch dies dürfte unsere Tagung dokumentieren: Versorgung psychisch Kranker und Behinderter kann schon lange nicht mehr in den engen Grenzen nationaler Eigenbrötelei begründet werden. Die

tragenden Konzepte scheinen in ihren wesentlichen Grundzügen übergreifend zu sein. Sie kristallisieren sich unter jeweils wechselnden nationalen Gegebenheiten in einer überschaubaren Variationsbreite aus.

Daß der Konsensus auf diesem Felde und der Dissens deutlich werden möge, wünsche ich dieser Veranstaltung.

# C. Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht

# Gedanken zur Organisation der Psychogeriatric

*C. Müller*

## Einleitung

Unsere Zeitepoche ist gekennzeichnet durch den beständigen Ansporn mittels geplanter Maßnahmen im Kollektiv, den Nöten des Einzelnen beizukommen. Nicht mehr das Seelenheil des Individuums, nicht mehr der Kampf um die tägliche Nahrungsversorgung, nicht mehr die Abwehr von Seuchen beschäftigen die Geister. Es geht vielmehr um das Bestreben, durch verbesserte Planung und Koordination im sozialmedizinischen Sinne, das Niveau der Versorgung zu heben. Dabei läßt sich nicht vermeiden, daß da und dort Widerstand sich regt gegen eine sogenannte Technokratie. Tatsächlich wäre es ein grundsätzlicher Fehler, die Bemühungen um bessere Hilfe für die Unterprivilegierten -wozu auch die alten Menschen gehören - nur unter dem Aspekt der Organisation zu sehen. Optimale Organisation und Koordination bedeuten nicht eo ipso Fortschritt. Wir sind uns alle bewußt, daß sie nur sinnvoll ist, wenn sie durch bestimmte ethische Wertvorstellungen getragen ist, wenn ihr bestimmte Prinzipien der Humanitas zu Grunde liegen. Die Technokratie kann auch Flucht vor der persönlichen Verantwortung sein, mag Ablenkung und Ausweichen bedeuten. Trotzdem können wir der Planung nicht entraten. Der Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik ist - aus der Sicht eines schweizer Psychiaters, der ich bin - ein großartiger Versuch der Bilanzziehung, aber auch Ausdruck des Willens, es nicht bei dieser Feststellung des Ist-Zustandes bewenden zu lassen.

Mag sein, daß ihm progressive Idealisten anlasten, ein Dokument des technokratischen Perfektionismus zu sein. Dies kann indessen unsere Bewunderung für das vorliegende Resultat nicht trüben. Das Kapitel über die Versorgung psychisch kranker alter Menschen spiegelt ein Äußerstes an Anstrengung wider, alle Aspekte zu berücksichtigen, nichts zu übersehen, sammelnd und ordnend die aktuellen Erkenntnisse und Lösungsvorschläge darzustellen und ihnen praktikable Formen zu geben. Der mit der Literatur Vertraute ist angetan von der Vollständigkeit und Gründlichkeit der Darlegungen. Nichts wurde vergessen.

So war es nicht leicht, der Versuchung zu entgehen, einfach begeistert zu bestätigen, Gültiges zu unterstreichen, bereits Gesagtes zu wiederholen. Dies hätte indessen meinem Auftrag nicht entsprochen, und deshalb will ich versuchen, mit Ihnen die entsprechenden Kapitel des Berichts durchzugehen, an

die Literatur anzuknüpfen und da und dort aus unserer bescheidenen schweizerischen Erfahrung Kommentare einzuflechten. Meine Bemerkungen werden vorwiegend kritischen Inhalts sein, da eine Aufzählung aller positiven Punkte nicht im Sinne dieser Tagung wäre.

Vorerst die Frage: Läßt sich die Situation in der Bundesrepublik mit derjenigen in anderen europäischen Ländern vergleichen? Dies kann bejaht werden, sind doch die Grundvoraussetzungen ähnlich: die Überalterung der Bevölkerung und damit das zahlenmäßige Ansteigen der Alterskranken, die Unterbringungsmodalitäten der alten Menschen in Heimen, allgemeinen Krankenhäusern und psychiatrischen Institutionen sind durchaus ähnlich in unsern verschiedenen Ländern. Ja, es kann noch weiter gegangen und festgehalten werden, daß auch feinere Untersuchungen zu recht großen Übereinstimmungen geführt haben, so wenn man die Zahl der psychisch gestörten alten Menschen in ihrer Verteilung nach Diagnosen in einer unausgelesenen Alterspopulation betrachtet, in Altersheimen, psychiatrischen Spitälern, in Arztpraxen usw. (GILLIAND, BERGMANN, DILLING, HASEGAWA, REIMANN, HAEFNER, SVANBORG, TOWNSEND, STROEMGREN, u. a.) Die Situation in Japan unterscheidet sich wenig von derjenigen in Skandinavien, Holland, England, der Schweiz und eben auch der Bundesrepublik. Auf gewisse Unterschiede werden wir noch zu sprechen kommen.

Lassen sich indessen die im Bericht erwähnten epidemiologischen Daten in klare, eindeutige Beziehung setzen zu den Versorgungsstrategien? Hier muß ein Fragezeichen gesetzt werden und ich behaupte, daß sich in diesem Punkt die Alterskranken in einer ungünstigeren Situation befinden als die anderen psychiatrischen Patientengruppen. Es treten hier Gegebenheiten zu Tage, die eine Planung erschweren und es gibt Faktoren, die beispielsweise bei der Versorgungsplanung für Epileptiker, Drogensüchtige, aber auch in der Kinderpsychiatrie eine weniger bedeutende Rolle spielen. Darüber wird noch zu reden sein.

Beginnen wir mit dem Altersaufbau der Bevölkerung, der begrifflicherweise für die Planung eine Rolle spielt. Im Bericht wird gesagt, daß heute in der BRD jeder achte Bürger über 65 sei und daß sich nach 1980 ein Gleichgewicht von etwa 12-13% einpendeln werde. Diese Voraussagen erscheinen mir optimistisch. Es gibt seriöse demographische Untersuchungen, welche für die europäischen Länder Zunahmen bis zum Stand von 20% der Bevölkerung voraussagen. Insbesondere wäre es gefährlich zu erwarten, daß nach 1980 der Bedarf an Plätzen für alte Menschen gegenüber heute abnehmen würde. Ich sage dies, da es offenbar in Europa Gesundheitspolitiker gibt, die sich solchen Hoffnungen hingeben und infolgedessen auch entsprechende Planungskonzepte vorbringen.

Gehen wir nun über zum Problem des Bedarfs an Einrichtungen. Es werden im Bericht die zu fordernden Behandlungsplätze den gegenwärtig vorhandenen gegenübergestellt. Hier lassen sich einige Betrachtungen anstellen. In seinem Werk: „vieillessement et planification hospitaliere“ hat GILLIAND sehr treffend gesagt, daß in der Psychogeriatric, mehr noch als in ändern Sparten, die Nachfrage nach Behandlungsplätzen vom Angebot her bestimmt werde und nicht von der Morbidität. Die Verbesserung des sozialen Niveaus schafft Bedürfnisse, die vorher nicht bestanden haben. Er weist nach, daß folgende Variablen für die Berechnung der Bedürfnisse an Behandlungsplätzen berücksichtigt werden müssen:

1. Die bestehende Infrastruktur, die topographische Lage der Spitäler, ihre Ausrüstung und ihre Qualität.
2. Demographische Variablen: die Bevölkerungszu- oder abnahme, die Dichte der Bevölkerung.
3. Soziale Variablen: das System der sozialen Versicherung, Krankenversicherung und ihr Funktionieren.
4. Psychosoziale Variablen: das Verhalten der Bevölkerung, Wohngewohnheiten, Informationsniveau, Einstellung der Ärzte zum Gesundheitsproblem.
5. Sozialmedizinische: Ärztedichte, Anzahl des Pflegepersonals, Verteilung in stationäre und ambulante Dienste.
6. Medizinische: die ärztliche Organisation im Spital, die finanziellen Vereinbarungen, Rolle der Polikliniken, Rolfe der niedergelassenen Ärzte, wissenschaftliche Fortschritte.
7. Technisch-administratives: Verwaltungsorganisation, Architektur, Rationalisierung.
8. Politische Optionen der lokalen und regionalen Behörden.

Persönlich würde ich noch einen Punkt hinzufügen, der im Bericht, wenn auch etwas kurz, erwähnt wird: das geringe Hilfesuchverhalten der alten Menschen. Es ist heute einwandfrei belegt, daß alte Menschen weniger häufig den Arzt, vor allem den Psychiater, aufsuchen als jüngere, daß sie sich lebhafter gegen eine Hospitalisation, ja gegen jede Maßnahme überhaupt sträuben.

Insgesamt sehen wir also, daß der Bedarf nach ambulanten oder stationären Behandlungsmöglichkeiten außerordentlich schwanken kann. Wir sind weit entfernt von dem sehr einfachen körpermedizinischen Modell, beispielsweise die Zahl der nötigen Behandlungsplätze für alle schweren Verbrennungen einer Region zu definieren. In diesem Fall genügt es ja, den Durchschnitt der pro Jahr anfallenden schweren Verbrennungen in einer Region zu kennen, um zu einer eindeutigen Festlegung der Bettenzahl zu kommen.

Daß es in der Psychogeriatric nicht so einfach ist, betont der Bericht auch, insbesondere wo er auf die fehlende Relation zwischen Morbiditätsziffern und Bedarf eingeht. (Ganz abgesehen davon, daß in den Arbeiten zur Inzidenz und Praevalenz psychogeriatricer Erkrankungen der Schweregrad meistens nur unscharf zu erfassen ist, was auch neuere Arbeiten wie die von KRAUSS oder von WERTHEIMER z. B. zeigen).

Im Lichte dieser Überlegungen scheinen mir die für deutsche Verhältnisse im Bericht angegebenen Zahlen diskutabel. Beispielsweise werden für ein Standardversorgungsgebiet folgende Richtwerte angegeben:

Assessment unit: 15 Plätze  
Übrige gerontopsychiatrische Abteilung: 55 Plätze  
Tagesklinik: 25 Plätze  
Altenheim-Altenpflegeheim: 60 Plätze

Für mein Gefühl sind diese Proportionen zu eng und zu präzise gefaßt. Wohl soll es sich um Richtwerte handeln. Derart genaue Zahlen schließen jedoch immer die Gefahr in sich, daß sie als bindend betrachtet werden. Wenn wir uns nochmals die Vielzahl der von GILLAND hervorgehobenen Faktoren in Erinnerung rufen, so muß betont werden, daß solche Richtzahlen für eine bestimmte Gegend Geltung haben mögen, für eine andere jedoch viel zu klein oder aber zu groß sein können. Die erwähnten Richtzahlen sind weit von dem entfernt, was z. B. die englischen Gesundheitsbehörden empfehlen (JOLLEY und ARIE). Wir haben durchaus keine Gewißheit, daß sie für die zukünftige Planung maßgebend sind. Es ist mir im Übrigen keine Arbeit bekannt, in welcher es gelungen wäre, alle die erwähnten Variablen mit einzubeziehen. Und vor allem müssen wir uns der bereits erwähnten Regel erinnern: Der Bedarf wird modifiziert je nach der Schaffung neuer Institutionen, es kommt also zu einem beständigen Feed-back. Dies wird auch von den englischen Kollegen (JOLLEY und ARIE) bestätigt. Zur Untermauerung der angegebenen Zahlen müßte der Vergleich mit bestehenden psychogeriatrischen Organisationen herangezogen werden. So ist es nicht uninteressant festzustellen, daß der Lausanner psychogeriatrische Dienst sich auf ein Standardversorgungsgebiet von just 250 000 Einwohnern bezieht, das heißt auf eine Region, wie sie auch im Bericht als optimal vorgesehen ist. Diese Bevölkerung von 250 000 Einwohnern ist etwa zu einem Drittel ländlichen, zu zwei Dritteln städtischen Charakters. Nun, wie sieht ihre Struktur aus? Wir verfügen zur Zeit über rund 200 psychogeriatrische Betten, die meist zu 95% belegt sind, über eine Tagesklinik mit 20 Plätzen, über rund 100 Plätze in Altenheimen, Pflegeheimen sowie über eine psychogeriatrische Ambulanz an der 5 Ärzte tätig sind, und die pro Jahr rund 3000 Konsultationen erteilt, sowie Hausbesuche macht. Man sieht, die Proportionen sind völlig verschieden, wir benötigen mehr als doppelt so viel Plätze in den verschiedenen Institutionen als der Bericht vorsieht. Dabei ist zu bedenken, daß unsere Organisation den Bedarf nur ungenügend deckt, daß unsere Abteilungen unter Platzmangel leiden und daß also keine Rede von einer Überversorgung sein kann. Dieser Vergleich kann auf zweierlei Arten gedeutet werden: Entweder sind die im Bericht erwähnten Richtzahlen eindeutig zu klein oder aber der Vergleich erhärtet die Hypothese, daß der Bedarf sehr großen Schwankungen unterliegt, vor allem je nach dem Konsumationsverhalten der Bevölkerung. Der Vergleich kann aber auch einfach die erwähn-

te Regel des Feed-back bestätigen, daß nämlich der Bedarf in höchstem Maße durch die geschaffenen Einrichtungen beeinflußt wird. Zur Rechtfertigung der Richtzahlen des Berichts kann vielleicht ein Element, das spezifisch für die deutsche Psychiatrie sein mag, herangezogen werden: Es wird im Bericht auf Seite 119 gesagt, daß im Moment der Erhebung 22,4% aller Insassen von psychiatrischen Fachkrankenhäusern über 65jährig waren. Diese Zahl ist niedriger als in ändern Ländern, wo Zahlen zwischen 25 und 40% gefunden werden.

Lassen Sie mich jetzt indessen zu einem differenzierteren Problem der Versorgung übergehen, nämlich zu der Beziehung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die Schaffung ambulanter Betreuungsmöglichkeiten ist sicher ein höchwichtiges Postulat und vordringlicher Natur.

Die relativ geringe Zahl von Alterskranken, welche den privat praktizierenden Psychiater aufsuchen, ist nicht ein Gegenargument, im Gegenteil. Nun ist aber nicht zu vergessen, daß eine solche Ambulanz nur dann ihre Funktion erfüllen kann, wenn sie integraler Bestandteil einer umfassenden gerontopsychiatrischen Organisation ist. Nichts wäre gefährlicher als eine Trennung irgendwelcher Art zwischen ambulanter und stationärer Betreuung ins Auge fassen zu wollen. Hier muß unbedingt das französische Prinzip der „unite des soins“ im Rahmen der Sektorisierung zum Tragen kommen. Weshalb? Wenn eine gemischte Equipe von Ärzten, Schwestern und Sozialarbeitern sich ausschließlich um die ambulante Psychogeriatric kümmert, wird sie zwar eine Anzahl Hospitalisierungen vermeiden, wird einer Reihe von alten Menschen ermöglichen, weiterhin im gewohnten Rahmen leben zu können. Sie wird aber nicht darum herumkommen, einzelne, besonders schwere Fälle zu hospitalisieren. Diese werden sich dann in der psychogeriatricen Spitaleinheit sammeln und zu einer schweren Belastung für die Betreuer werden. Es ist unzumutbar, daß eine gemischte Equipe sich ausschließlich mit diesen schwersten Demenzpatienten abgibt, während die andere gewissermaßen die dankbaren Fälle ambulant betreut. In unserer Lausanner Erfahrung hat sich gezeigt, daß die Zusammensetzung der hospitalisierten Patientengruppe stark vom Funktionieren der Ambulanz abhängt. Je besser die letztere arbeitet, desto schwerer abgebaut sind die Patienten, welche schließlich länger oder kürzer stationär betreut werden müssen. Es hat sich uns deshalb als absolute Regel ergeben, daß die betreuende Equipe, aus Ärzten, Schwestern und Sozialarbeitern gebildet, in allen vorhandenen Unterabteilungen der psychogeriatricen Institution arbeiten muß. Dieselben Ärzte werden also im Spital, in der Ambulanz, im Tagesspital und in den Pflegeheimen tätig sein. Nur so kann eine neue Ghettobildung vermieden werden. Nur so gelingt es aber auch, motivierte Mitarbeiter zu gewinnen und zu behalten. Im Bericht wird diese „unite des soins“ zwar impliziert, jedoch wird etwas wenig auf die Gefahr hingewiesen, die entsteht, wenn sie nicht strikt angewendet wird.

Dabei ist zu beachten, daß auch bei einem ausgebauten System wie dem unsrigen, außermedizinische Belange eine große Rolle spielen können für den Entscheid: ambulante oder stationäre Behandlung. Daß die Kriterien zur Hospitalisierung in der Gerontopsychiatrie keineswegs diagnostische sind, wissen wir heute zur Genüge. Vielmehr spielen die Grade der sozialen Anpassungsfähigkeit eine überragende Rolle. BERGENER hat mit seiner Pflegebedürftigkeitsskala hier Pionierarbeit geleistet. Unserer Erfahrung nach müssen aber auch pekuniäre Momente berücksichtigt werden. Es ist nicht gleichgültig, ob beispielsweise alte Menschen in Pflegeheimen von der Krankenkasse kostenmäßig übernommen werden oder nicht. Auch der Entscheid des Verbleibens im Familienverband wird oft durch versicherungstechnische Fragen beeinflusst. So ist es einer Familie nicht zu verdenken, wenn sie nach Hospitalisierung drängt, sofern im Spital der alte Großvater neben seiner Altersrente noch in den Genuß der Krankenversicherung kommt. Es hat bei uns nicht selten Fälle gegeben, wo ein hospitalisierter Alterspatient auf Kosten der Krankenkasse langfristig betreut wurde und daneben seine Altersrenten ohne Abzug kapitalisieren konnte.

Das Kapitel über die Versorgung psychisch kranker alter Menschen enthält auch die Forderung nach möglichst breit gefächelter Diversifikation des Behandlungsangebotes, Diese Forderung ist durchaus berechtigt. In der Tat muß es darum gehen, jedem alten Menschen eine „maßgeschneiderte“ Lösung, wie der Bericht sagt, anzubieten. Dabei dürfen jedoch die Gefahrenquellen dieser Diversifikation nicht übersehen werden. Ich denke vor allem an den Nachteil der Mehrfachverlegung. Wenn sich innerhalb einer Versorgungsregion mehrere spezialisierte Institutionen befinden, wird es nicht zu umgehen sein, daß alte Menschen von einer Institution zur ändern wandern. Über die negativen Einflüsse dieses Wechsels wissen wir heute gut Bescheid. Er ist im höchsten Grade ungünstig und kann zu akuten Dekompensationen führen, wenn der alte Mensch, der psychisch behindert ist, von einem Betreuerteam von einem Haus zum ändern verlegt werden muß. Er ist ja in seiner Anpassungsleistung eingeschränkt, jedes neue Gesicht ihm unheimlich, er klammert sich an das Alte, Vertraute und scheut den Wechsel.

Wir sollten uns hüten, die Vorteile der Diversifikation mit dem Nachteil der Verunsicherung und Belastung des alten Menschen zu bezahlen. Unter diesem Gesichtspunkt müssen auch Bedenken gegen die im Bericht geforderte Assessment unit angemeldet werden. Auf Grund unserer Lausanner Erfahrungen sind wir überzeugt, daß eine fachgerechte Abklärung in den allermeisten Fällen ambulant durchgeführt werden kann und daß auf Grund dieser Abklärung dann auch ein Entscheid über die Unterbringung gefällt werden kann. In jenen Fällen, wo wegen einer unvorhersehbaren akuten Notfallsituation rasch gehandelt werden muß, kann der Alterskranke in der allgemeinen psychogeriatrischen Station hospitalisiert werden.

Nach dem Bericht fällt der Assessment unit vor allem die Aufgabe zu, „darüber zu entscheiden, welche Dienste und Einrichtungen im Standardversorgungsgebiet den Bedürfnissen des Patienten am besten gerecht werden.“ Das heißt also, daß ein Patient von dieser Bettenstation unter Umständen in eine andere verlegt werden wird. i

Eine solche Verlegung schließt jedoch die bereits erwähnten Nachteile in sich. Eine Assessment unit könnte dort ihre Berechtigung haben, wo keine andere psychogeriatrische Unterbringungsmöglichkeit besteht. In diesem Fall ist jedoch vorauszusehen, daß ihr Funktionieren erheblich beeinträchtigt werden dürfte durch die Schwierigkeit, fortgeschritten demente Patienten von dieser Assessment unit in eine Dauerunterbringung zu verlegen. Wie bei ändern psychiatrischen Planungen zur optimalen Versorgung ist es sicher ratsam vom schwächsten Glied in der Kette auszugehen, und das sind in unserem Fall die besonders schwer abgebauten dementen Patienten, insbesondere die alleinstehenden und mittellosen. Von ihnen hat der ganze Aufbau auszugehen und um ihre menschenwürdige und fachgerechte Versorgung muß es in erster Linie gehen. Der Bericht fordert denn auch mit gutem Recht den Ausbau eigentlicher gerontopsychiatrischer Abteilungen mit möglichst weitgehender Autonomie, wenn auch administrativer Abhängigkeit von einem allgemeinen Krankenhaus oder einem psychiatrischen Fachkrankenhaus. Die Vorteile dieser lockeren Verbindung der psychogeriatrischen Spitaleinheit mit einem ändern Krankenhaus können wir aus unserer Lausanner Erfahrung heraus bestätigen. Es besteht auch bei uns eine gemeinsame Verwaltung für die Erwachsenenpsychiatrie und die Alterspsychiatrie.

Ist einmal die fachgerechte und zugleich menschenwürdige Unterbringung der Schwerstbehinderten Alterskranken gesichert, so können sich die flankierenden Einrichtungen wie Tagesspital, Ambulanz usw. ohne Schwierigkeit anfügen. Fragwürdig wäre es meiner Ansicht nach - und hier befinden wir uns wiederum in einem gewissen Gegensatz zum Bericht - wenn mit dem Aufbau der Ambulanz begonnen würde, bevor die adäquaten Einrichtungen für Schwerstkranke vorhanden sind. In diesem Fall ist nämlich zu befürchten, daß zwar die ambulante Betreuung immer besser und vollständiger ausgebaut wird, daß aber die schwer Dementen nach wie vor in schlecht versorgten und ungenügend ausgerüsteten Pflegeabteilungen allgemeiner Krankenhäuser, Pflegeheime und psychiatrischen Fachkrankenhäusern stecken bleiben.

Um es nochmals pointiert zu sagen: mit der optimalen Betreuung der Schwerstkranken fängt die psychogeriatrische Aufbauarbeit an, und sie schließt ab mit der Einrichtung ambulanter Dienste.

Betrachten wir nun noch die Probleme, die sich ergeben, wenn nebeneinander staatliche, privat-lukrative Institutionen und karitative Stiftungen zusammenar-

beiten sollen. Diese Vielfalt ist in den meisten europäischen Ländern anzutreffen, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß. So sind in Holland vor allem karitative Stiftungen die Träger, während in England vorwiegend staatliche Institutionen arbeiten. In Deutschland, wie auch in der Schweiz, ist wohl ein buntes Gemisch anzutreffen. Diese Vielfalt, diese Mischung der Institutionstypen kann ein Vorteil sein, gerade im Hinblick auf die gewünschte Diversifikation.

Aber auch aus allgemeinen politischen Überlegungen muß dieses Zusammengehen und sich Ergänzen privater und staatlicher Institutionen begrüßt werden. Es kann stimulierend und belebend wirken. Nicht zu übersehen sind indessen auch die Nachteile, die vor allem auf dem Gebiet der Koordination liegen. Unselig wird sich die Situation dort gestalten, wo der Unterschied zwischen staatlicher und nichtstaatlicher Institution vor allem im Bereich des Aufnahmezwanges resp. Aufnahmefreiheit besteht. Es kann dann kaum verhindert werden, daß sich die privaten Institutionen vor allem der leichteren, wenig pflegebedürftigen Kranken annehmen, während die staatlichen Institutionen das volle Gewicht der übermäßig gehandikapteten Patienten zu tragen haben. Der Bericht sieht zur Regelung und zur Schaffung eines gesunden Gleichgewichts folgendes vor: „Die Sachverständigenkommission hält es für notwendig, daß zwischen den Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe im Standardversorgungsgebiet und der Assessment unit bindende Vereinbarungen auf freiwilliger Basis getroffen werden, die es ermöglichen, daß die Assessment unit, unter Beiziehung der Arbeitsgemeinschaft, über die sachgerechte Belegung mit Patienten in den Einrichtungen sowie die Übernahme und weitere Betreuung der Betroffenen durch die offenen Dienste zu fällen vermag.“ Es erhebt sich hier die Frage, ob es möglich ist, auf dieser freiwilligen Basis zu einer befriedigenden Lösung zu kommen. Persönlich hege ich einige Zweifel. Zur besseren Koordination haben wir beispielsweise in Lausanne ein Informationszentrum geschaffen, das laufend von allen staatlichen, halbstaatlichen und privaten Institutionen Meldung über die freien Plätze entgegennimmt und die Verteilung des Patienten auf diese freiwerdenden Plätze zu fördern hat. Dieses Informationszentrum, das zugleich Dokumentationsstelle ist, wurde einer Arbeitsgemeinschaft unterstellt, welche die Verantwortlichen der verschiedenen Institutionen umfaßt.

Trotzdem könnte die richtige und fallgerechte Verteilung nicht funktionieren, wenn nicht gewichtige materielle Elemente mithineinspielen würden. Da die meisten karitativen und privaten Institutionen nicht ohne staatliche Beihilfe auskommen, ließe sich hier ohne zu große Schwierigkeit ein regulierender und ausgleichender Mechanismus einbauen. Die privaten Institutionen erhalten Krankenkassenbeiträge, gestuft nach dem Schweregrad der Erkrankung. So erhält also das Alterspflegeheim A einen bestimmten Betrag, nach der Zahl der hilflosen dementen und inkontinenten Kranken, was ihm erlaubt, das Soll an geforderten qualifizierten Betreuern d. h. Ärzten, Schwestern usw. zu erfül-

len. Das Pflegeheim B, das auf ein medizinisch qualifiziertes Team verzichtet, infolgedessen auch keine schwierigen Patienten aufnehmen will und mehr Heimcharakter hat, erhält dementsprechend niedrigere Subventionen. Im Wechselspiel dieser Subventionspolitik kann also der Gesamtversorgungsplan einer Region gestaltet und gesteuert werden, ohne daß es zu direkter staatlicher Intervention kommt. Mißbräuchen wird durch regelmäßige Kontrollbesuche vorgebeugt.

Lassen Sie mich nun zum Problem des Facharztes für Geriatrie übergehen. Der Bericht spricht sich eindeutig und ohne Reserve für die Schaffung eines Facharztstitels aus, mit allen daraus folgenden Konsequenzen, nämlich Einrichtung geriatrischer Lehrstühle und Fachabteilungen an den Universitäten. Ich befürworte ebenfalls diese Tendenz. Es muß jedoch darauf hingewiesen werden, daß darüber nicht ungeteilte Einigkeit besteht und zwar gerade auch bei den betroffenen Kollegen aus ändern Gebieten als der Psychiatrie. Internisten wie DELACHAUX, die große Erfahrung im Umgang mit Altersproblemen haben, betonen, daß die Pathologie des Alters nicht grundsätzlich von derjenigen früherer Lebensalter abweiche, daß das Spezifische der Alterspathologie nicht in neuen eigenständigen Krankheitsbildern zu sehen sei, und daß infolgedessen eine Abtrennung der Geriatrie von der inneren Medizin, der Chirurgie usw. nicht anzustreben sei. HAUSS sieht ebenfalls in der Geriatrie kein Spezialfach.

Wenn auch diese Argumente verständlich sind, so muß doch entgegengehalten werden, daß die Pathologie des Alters sich in einem Punkt von derjenigen früherer Lebensepochen unterscheidet, nämlich in der großen Häufigkeit, ja fast Regelmäßigkeit der Polymorbidität. Diese wird ja auch im Bericht ausdrücklich hervorgehoben. Als Psychiater und insbesondere als Gerontopsychiater müssen wir es wohl unsern Kollegen aus dem somatischen Bereich überlassen, ob sie die Entwicklung in der Richtung einer Spezialisierung analog zur Pädiatrie vorantreiben werden und wollen.

In unserem Fachbereich kann dem Bericht nur zugestimmt werden, wenn er bemerkt, daß eine stärkere Spezialisierung angestrebt werden sollte, ohne daß indessen eine ähnliche Abtrennung sofort anvisiert wird, wie sie sich im Lauf der letzten Jahrzehnte für die Kinderpsychiatrie herausgebildet hat.

Beim Lesen des Berichts bin ich des Weiteren auf einen Punkt gestoßen, der mir zu denken gab und der nicht nur die Psychogeriatric, sondern die gesamten Versorgungs- und Behandlungsprobleme betrifft. Ich meine den grundsätzlichen Gegensatz zwischen staatlicher und privater Fürsorge, Behandlung und Organisation. Als Außenstehendem will es mir scheinen, als ob die Akzente oft recht hart gesetzt seien, vor allem wenn man die Sondervoten mitbe-

rücksichtigt. Es spielen da die großen politischen Optionen mit hinein. Soll das Hauptgewicht dem Staat aufgeladen werden, sollen im Gegenteil die frei praktizierenden Ärzte, die auf privatwirtschaftlicher Basis arbeitenden karitativen Institutionen vorwiegend zum Zug kommen? Meine Meinung ist, daß gerade in der Psychogeriatric das Miteinander empfohlen werden kann und muß. Es geht nicht um extreme Lösungen, sondern um Kompromisse. Man hat auch uns in Lausanne vorgeworfen, daß wir mit der Schaffung so ausgedehnter staatlicher Einrichtungen zu Totengräbern der liberalen Medizin geworden seien. Dies ist nicht richtig. Es ist nach unserer Erfahrung durchaus möglich, zu tragfähigen, funktionstüchtigen und vor allem gerechten sozialen Einrichtungen zu gelangen, durch das Zusammenspannen privater und staatlicher Initiativen. Vergessen wir nicht, daß es zum Beispiel in unserem Standardversorgungsgebiet nicht ein einziges staatliches oder kommunales Alters- und Pflegeheim gibt, und daß unser aus Staatsangestellten bestehendes Ärzteteam weitaus die Mehrheit der Patienten in Zusammenarbeit mit den Hausärzten behandelt. Also nochmals: Kompromisse können und müssen ausgehandelt werden.

Diese Kompromisse werden nach Region, nach soziokulturellen Prämissen von Fall zu Fall anders ausfallen. Der Bericht, der uns hier beschäftigt, gibt allgemeine Richtlinien und Hinweise. Haben die Autoren sie als bindend für das ganze Gebiet der Bundesrepublik betrachtet? Als eingefleischter Föderalist und Regionalist wäre mir dieser Gedanke unbehaglich. Nicht nur auf Grund allgemeiner politischer Überlegungen, sondern gerade auf Grund der Lektüre dieses Berichts, und im Nachdenken darüber, komme ich zum Schluß, daß es keine bessere Planung als die kleinräumige Planung gibt. Wohl können Standardversorgungsgebiete definiert werden, wohl können Richtzahlen herausgearbeitet werden. Schließlich und endlich wird aber doch alles davon abhängen, wer in jenen Regionen tätig ist, welches die lokalen Voraussetzungen sind und welche Form des Versorgungsnetzes die Bürger an Ort und Stelle sich wünschen. In diesem Sinne ist die Vielfalt der bestehenden Organisationen nicht ein so großes Übel, wie manche es haben wollen, sondern kann eine Quelle des Reichtums an Einfällen und Realisationsmöglichkeiten werden. Im Distrikt wird sich das Entscheidende abspielen, und es wird gar kein so großer Nachteil sein, wenn diesen lokalen Gremien für ihre Planung keine ausgekochten Medizinalstatistiker und Demographen zur Verfügung stehen. Man soll auch in unserem Fach den Mut zur Improvisation haben und zum Experimentieren, vorausgesetzt, daß das Wohl der Gesamtbevölkerung nicht aus dem Auge verloren wird.

Schließlich ein Wort zur Prioritätsfrage. In den Sondervoten von Herrn Hippus aber auch von Herrn Degkwitz und Meyer kommt die Sorge zum Ausdruck, daß die Alterspsychiatrie gegenüber den ändern dringlichen Aufgaben zu kurz komme. Diese Sorge teile ich voll und ganz. Insbesondere scheint es mir

durchaus berechtigt, die Verbesserung der Alterskrankenfürsorge als vorrangiger zu betrachten als beispielsweise die Bemühungen um die Suchtkranken.

Ich habe mich hier nicht zum Thema der Sucht zu äußern, aber in Übereinstimmung mit Herrn Hippus, Degkwitz und Meyer kann doch folgendes gesagt werden: Die Suchtwelle in Europa hat ein großes Echo ausgelöst, hat zu zahlreichen Untersuchungen angeregt, die jedoch meines Erachtens nicht eindeutig zu praktikablen Behandlungsmodellen geführt haben. Wir wissen nicht, wie sich die Drogensüchtigkeit in den nächsten Jahrzehnten entwickeln wird. Niemand kann genaue Voraussagen über ihre Häufigkeit machen. Anders in der Alterspsychiatrie. Es gibt nicht die geringsten Anhaltspunkte dafür, daß die psychischen Erkrankungen alter Menschen abnehmen würden, ganz im Gegenteil. Auch der Bericht kommt zum klaren Schluß, daß die Alterspsychiatrie immer mehr Gewicht erhalten wird. Außerdem sind handfeste Lösungen in Sicht, die nicht nur einer kritischen Kosten-Nutzenanalyse standhalten, sondern die der Erkenntnis Rechnung tragen, daß es zu den vornehmsten sozialmedizinischen und allgemeinen moralischen Aufgaben unserer Gesellschaft gehört, für alte Menschen das Bestmögliche vorzukehren. Was wir heute planen betrifft nicht irgendwelche hypothetischen Bevölkerungsgruppen zukünftiger Generationen. Es betrifft uns selbst, die wir alle über kurz oder lang zu der Risikogruppe der Alten gehören werden und zwar ohne jede Ausnahme.

Kürzlich hat ein bekannter schweizer Filmautor einen Streifen gedreht mit dem Titel „Le dernier printemps“. Er hat alte Menschen jeder Sozialschicht in ihrem Alltag porträtiert und realistisch dargestellt. Zugleich hat er Kinder gefilmt und sie zum Altwerden befragt. Die Antworten waren erschreckend: „Die alten Leute sind unnützlich“, „Die alten Leute nehmen den Jüngeren den Platz weg“, „Es sollte keine alten Leute geben“. Solche harten, ungeschminkten Äußerungen aus dem Mund von Zehn- und Zwölfjährigen werfen ein düsteres Licht auf die Zukunft. Sie zeugen von der endgültigen Auflösung der Mehrgenerationenfamilie. Wir können sie nicht ersetzen, können die Entwicklung nicht rückgängig machen, aber wir können und müssen nach neuen Wegen der Verwirklichung von Menschlichkeit suchen. All das, was an Wissen und Wollen im Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik zusammengetragen ist, all das was ich Ihnen sagte und was wir diskutieren werden, kann nur Gerippe sein, Gerüst, das mit Leben, Wärme, Herzlichkeit und Humor ausgefüllt werden muß. Nur wenn dieses tragende Fundament vorhanden ist, kann die Planung und Voraussicht Früchte tragen.

## LITERATUR

- BERGENER M., BEHREND S. K., ZIMMERMANN R.: Entwicklung und Anwendung einer Pflegebedürftigkeitsskala. *Social Psychiatry*, 10: 39-50,1975.
- BERGMANN K., EASTHAM E. J.: Psychogeriatric ascertainment and assessment for treatment in an acute medical ward setting. *Age and Ageing*,3:174-87,1974.
- DILLING H., SCHULTE P. W.: Untersuchungen in Nervenarztpraxen und psychiatrischen Großkrankenhäusern - Ergebnisse für die Gruppe der über 65jährigen Kranken, [n: Degkwitz R., Radebold H., Schulte P. W. (Hrsg.). *Gerontopsychiatrie 4. Janssen Symposien*, 1975. Janssen Düsseldorf, 1977. Pp. 33-57.
- DELACHAUX A., Mitarbeiter in: Müller C.: *Alterspsychiatrie*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1967.
- GILLIAND P.: *Vieillessement demographique et planification hospitaliere. Etüde fondee sur les donnees de la Suisse et du Canton de Vaud*. Departement de l'Interieur, Service de la Sante publique, Canton de Vaud. Lausanne,1969.
- HASEGAWA K.: The psychiatric investigation of the aged Institution. *Tokio Jikeikai med. J.* 85:137-145,1970.
- HAUSS W. H., OBERWITTLER W. (Hrsg.): *Geriatric in der Praxis*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1975.
- JOLLEY D. J., ARIE T.: Organization of Psychogeriatric Services. *Brit. J. Psychiat.* 132:1-11,1978.
- KRAUSS B., CORNELSEN J., LAUTER H., SCHLEGEL M.: Vorläufiger Bericht über eine epidemiologische Studie der 70jährigen und Älteren in Göttingen, in: Degkwitz R., Radebold H., Schulte P. W. (Hrsg.). *Gerontopsychiatrie 4. Janssen Symposien*, 1975. Janssen Düsseldorf, 1977. Pp. 18-33.
- REIMANN H., HAFNER H.: Psychische Erkrankungen alter Menschen in Mannheim. *Social Psychiat.* 7: 53-69,1972.
- RINDER L., ROUPE S., STEEN B., SVANBORG A.: Seventy-year-old people in Gothenburg. A population study in an industrialized swedish city. *Acta med. scand.* 198:397-407,1975.
- STROEMGREN E.: Vortrag im Europäischen Symposium für Sozialpsychiatrie. Mannheim, 1977. Im Druck.
- TOLEND P.: Family relationships of the aged in the United States, Denmark and Great Britain. In: Jeffers, F. C. (Ed.), *Duke University Council on Gerontology. Proceedings of Seminars, 1961-65. Reg. Cent, for Study of aging, Duke Univ.,Durham,Dec., 1965. pp. 198-213.*

## Koreferat zum Vortrag C. Müller

***J. E. Meyer***

Lassen Sie mich mit meinen Bemerkungen zum Referat von Professor Müller am Vormittag zuerst auf das Prioritätsproblem eingehen. Daß im Schlußbericht der Enquete eine verbesserte Versorgung für die Gruppe der alten Menschen bedauerlicherweise nicht unter den Prioritäten erscheint und mich - speziell in der Abwägung gegenüber den Suchtkranken - zu einem Sondervotum veranlaßte, wird auch von Herrn Müller so gesehen. Ich bin sehr dankbar für die sachliche Begründung seiner Kritik in diesem prinzipiell wichtigen Punkt. Andererseits wird man feststellen dürfen, daß die Arbeiten an der Enquete und ihre schon jetzt überschaubaren Auswirkungen deutlich dazu beigetragen haben, eine vernünftige Versorgung Alterskranker für dieses Land zu planen und in Angriff zu nehmen. Dabei ist ein Grundelement der Enquete-Empfehlungen, die psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus, noch fast nirgends realisiert Gerade von einer etwa 70 Betten großen geronto-psychiatrischen Einheit innerhalb einer 200 Bettenabteilung kann man eine bessere gemeindenahere stationäre Behandlung psychisch Alterskranker erwarten. Dort würde und sollte die Möglichkeit bestehen, die verschiedenen und oft gleichzeitig vorhandenen Behinderungen und Störungen alter Menschen (Stichwort: Multimorbidität) mit einem dem Patienten noch zumutbaren Aufwand an Belastungen sinnvoll zu diagnostizieren und auch zu behandeln.

Die Assessment unit, deren eigentliche Aufgabe die fachgerechte Einschätzung zukünftiger Betreuungs-, Behandlungs- und Unterbringungsformen darstellt, wird das - so nehme ich an - nicht leisten können, weil dies neben der Krisenintervention bei der vorgesehenen geringen Bettenzahl zeitlich kaum zu realisieren sein dürfte. Ich teile die von Herrn Müller geäußerten Zweifel an der Effektivität einer Assessment unit. Kann man wirklich in relativ kurzer Zeit beurteilen und prognostizieren, ob ein alter Mensch in Zukunft zu Hause, auf der Pflegestation eines Altenkrankenhauses oder auf der gerontopsychiatrischen Abteilung eines Landeskrankenhauses unterzubringen ist? Kann man solche Fragen zu Hause, ambulant, in einer Tagesklinik oder bei kurzem stationärem Aufenthalt wirklich fachgerecht entscheiden? Es ist hier noch einmal darauf zu verweisen, daß die Assessment unit nach den Vorstellungen der Enquete überwiegend eine ambulante oder teilstationäre Institution sein soll. Etwas abweichend von Herrn Müller würde ich die Gefahren einer Mehrfachverlegung, die im Falle eines stationären Screening gegeben sein kann, nur bei solchen Kranken so hoch einschätzen, deren psychischer Zustand sich am Rande der Dekompensation befindet, wo also Desorientierung und Verwirrtheit schon unmittelbar bevorstehen. Eine Assessment unit ohne Anbindung an

eine stationäre gerontopsychiatrische Funktionseinheit oder an die psychiatrische bzw. geriatrische Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses wird weder Fehlentscheidungen zu verhindern noch wirklich Krisenintervention zu betreiben in der Lage sein. Und wenn Herr Müller mit Recht so besonderen Wert darauf legt, daß das gerontopsychiatrische Team - Sozialarbeiter, Schwestern und Ärzte - im ambulanten und im stationären Bereich arbeitet, so genügt dazu eine isolierte Assessment unit auf keinen Fall.

Und damit bin ich bei dein Hinweis von Herrn Müller, der mir am wichtigsten zu sein scheint, den man am meisten ernst nehmen muß. Er hat ganz offen darauf hingewiesen, daß die von der Enquete für die Alterspsychiatrie vorgeschlagenen Verbesserungen nicht bei den Schwerstkranken, also den dementen Patienten beginnen, sondern eher den Leichtkranken oder jedenfalls den weniger schwer Beeinträchtigten zugute kommen werden. Auf den ersten Blick leuchtet es ein: man muß Reform bei denen beginnen, die das schwächste Glied in der Kette sind.

Und trotzdem kann ich Ihnen, Herr Müller, bei längerem Nachdenken nicht ganz zustimmen. Es ist selbstverständlich, daß eine Verbesserung der Krankenversorgung heute in der deutschen Psychiatrie zunächst das beseitigen muß, was wir in den Enquetejahren „die brutale Realität“ genannt haben: Es geht also mit dem, was Herr Müller als menschenwürdige Unterbringung bezeichnet, um die Herstellung erträglicher Wohnbedingungen, adäquater sanitärer Einrichtungen, geeigneter Besuchsmöglichkeiten, es bedarf vernünftiger und für den alten Menschen leicht zugänglicher Aufbewahrung seiner persönlichen Habe etc. Das aber ist in meinen Augen noch nicht Reform, wie sie die Alterspsychiatrie in diesem Lande nötig hat. Jene im Enquete-Bericht vorgeschlagenen strukturellen Änderungen im Heimsektor, die Schaffung von Tageskliniken, die Herstellung einer überschaubaren Koordination aller ambulanten medizinischen und psychosozialen Hilfen, um nur einige Punkte zu nennen, sind wohl doch wichtiger als eine Optimierung der Versorgung der dementen Patienten u. a., weil darin auch ein präventiver Faktor steckt. In Zukunft sollten unsere gerontopsychiatrischen Versorgungsmöglichkeiten so aussehen, daß sie - wie es auch von Ihnen hervorgehoben wurde - vom alten Menschen trotz seines leicht entmutigten Hilfesuchverhaltens wahrgenommen werden können. Mit letzterem ist gemeint, daß der alte Mensch nur zu sehr bereit ist, die Grenzen zu akzeptieren, die ihm von außen gesteckt werden: „Was erwarten Sie in Ihrem Alter!“

Den Bedenken von Herrn Müller gegenüber den Schätzwerten des stationären und teilstationären Bedarfs kann ich nur zustimmen. Ich bin ihm besonders dankbar, daß er - wo heute die Angst vor leeren Betten in der BRD umgeht -in diesem Kreis ausgesprochen hat, daß im Lausanner Gebiet mehr als die doppelte Zahl an Betten und Behandlungsplätzen zur Verfügung steht und

ständig voll ausgelastet ist. Es ist wohl auch deshalb mit einem noch steigenden Bedarf zu rechnen, weil durch die ständige zunehmende Berufstätigkeit der Frau alte Menschen immer seltener in der Familie verbleiben können.

Ich möchte aber noch einen Problemkreis ansprechen, der mir gerade beim Lesen Ihres Referates deutlich geworden ist, nachdem wir seit den BERGENERschen Studien von dem Ausmaß des Problems der Fehlunterbringung, des sog. Misplacement, bei alten Menschen wissen. BERGENER und seine Mitarbeiter fanden, daß fast 50% der Alterspatienten in LKHs in Heimen besser versorgt wären und daß umgekehrt 15% der Insassen von Heimen freigemeinnütziger Träger und sogar 30% in den öffentlichen Pflegeheimen psychiatrisch unmittelbar behandlungsbedürftig waren.

Das Problem, das ich hier ansprechen möchte, ist das Folgende: Es ist in den letzten zehn Jahren in der BRD zu einer deutlichen Abnahme der Aversion älterer und alter Menschen gegen das Altenheim gekommen. Zweifellos auch durch deren strukturelle und personelle Verbesserungen ist die Angst vor der Aufgabe der eigenen Wohnung und vor dem letzten Lebensabschnitt im Seniorenheim geringer geworden. Wenn ich es richtig sehe, beruht das aber vor allem auch darauf, daß die Heime, jedenfalls die qualifizierten, alles daran setzen, eine nochmalige Verlegung, die über die Verbringung auf die Pflegeabteilung im eigenen Hause hinausgeht, zu vermeiden. Aber bei der jetzigen fachpsychiatrischen Betreuung der Altenheime, soweit davon überhaupt die Rede sein kann, fehlen die Möglichkeiten für gerontopsychiatrische Betreuung und Behandlung noch fast ganz. Das kann das Pflegepersonal in den Heimen schon von seiner Zahl und Ausbildung her nicht leisten. Es verbleiben demnach viele alte Menschen mit schweren, nicht selten auch mit schwersten psychischen Behinderungen bis zu ihrem Tode in der Pflegeabteilung eines Altenkrankenhauses - Patienten, die aus rein fachlicher Sicht in ein psychiatrisches Krankenhaus zu verlegen wären. Ich persönlich halte diese Situation, die sicher als Misplacement bezeichnet werden kann, unter humanen Gesichtspunkten für richtig. Sie wird aber nur zu verantworten sein, wenn der Arzt, speziell der Psychiater, in Zukunft im Heim und gerade auch in der Heimleitung eine seiner Kompetenz angemessene Funktion wahrnehmen kann. Ich frage abschließend; Sehe ich diese Situation richtig? Könnten die gerontopsychiatrischen Abteilungen der Landeskrankenhäuser weiter entlastet werden, wenn es eine regelmäßige psychiatrische Betreuung der Heiminsassen und eine Mitwirkung des Psychiaters an der Heimleitung geben würde?

## Diskussion zum Vortrag von C.

(gekürzte Fassung)

*Dörner:* Mich deprimiert die Vorstellung, daß in Lausanne etwa die doppelte Anzahl an Behandlungseinrichtungen erforderlich ist, als in der Enquete gefordert wird. Wenn ich das richtig sehe, sind sowohl die Verhältnisse in Lausanne als auch die Verhältnisse, wie sie in der Enquete für die Bundesrepublik gefordert werden, gleichermaßen utopisch. Ich komme aus der Hamburger Psychiatrischen Klinik und wir sind dabei, nach Hannover, als zweite Universitätsklinik in der Bundesrepublik, einen „Sektor“ einzurichten. Wir überlegen uns deswegen auch intensiver als bisher, wie die Versorgungsprobleme alter Leute anzugehen sind. Ich hätte dazu gerne von Herrn Müller gehört, welche pragmatischen Schritte man unternehmen kann, um in einem durchschnittlichen Sektor der Versorgung alter Leute gerecht zu werden. Noch eine Anmerkung dazu: Ich kenne die Verhältnisse in Mönchengladbach ganz gut und ich hatte den Eindruck, daß dort das Problem der geriatrischen Versorgung recht gut gelöst ist, aber sicherlich mit wesentlich weniger Möglichkeiten personeller oder auch kapazitätsmäßiger Art. Wahrscheinlich kann Herr Veitin dazu etwas sagen.

*Veitin:* Ich glaube schon, daß eine große Variationsbreite des Bedarfs vorhanden ist. Wir versorgen mit unserem Haus ein Gebiet mit 140 000 Einwohnern und sind bisher mit 30 stationären Plätzen für den gerontopsychiatrischen Bereich ausgekommen. Es ist dabei anzumerken, daß wir die Pflegestation der Altenheime in unserem Bereich konsiliarisch mitbetreuen und dadurch die Aufnahmefrequenz der Alterskranken in unserer Klinik reduzieren.

Im Vortrag von Herrn Müller wurde die Frage nach den Versorgungsprioritäten angesprochen: Nach unserer jetzt sechsjährigen Erfahrung in Mönchengladbach scheinen sich bei der regionalen Versorgung zwei besondere Schwerpunkte herauszukristallisieren: die Psychiatrie der zweiten Lebenshälfte einschließlich der gerontopsychiatrischen Fälle und gleichrangig die Psychiatrie der Suchterkrankungen. Die klassischen psychiatrischen Erkrankungen treten eher in den Hintergrund und beanspruchen insbesondere nicht mehr in dem Maße klinische Behandlungsplätze, wie das in der Vergangenheit der Fall gewesen ist.

*Reimer* Eigentlich war unser Vorgehen jahrelang unzulässig, nämlich viele Patienten aus psychiatrischen Krankenhäusern in Heime zu verlegen, ohne uns dann weiter um die Kranken zu kümmern. Wir haben dieses Problem in unserer Region (Weinsberg) untersucht: Wir haben im Moment 120 gerontopsychiatrische Betten und über 700 ehemalige Kranke in Heimen mit verschiedenen Trägern. Dieses System funktioniert einigermaßen, wenn man die Hei-

me verpflichtet, mit dem regionalen Krankenhaus vertragliche Bindungen einzugehen, daß sie sich besuchen lassen müssen, daß sie den Konsiliaris in ihre Einrichtung lassen und jederzeit Sozialarbeiterhilfe von uns in Anspruch nehmen können, Schulung ihrer Mitarbeiter usw. Diese momentane Situation ist noch gerade verantwortbar, obwohl die Leistungen dieser Heime sehr unterschiedlich sind. Man kann nicht von der Art der Trägerschaft eines Heimes ausgehend beurteilen, ob das Heim gut ist oder nicht, ob es gut geführt wird, ob und welche Angebote den Patienten gemacht werden. Das Heimgeschehen hat in dieser Hinsicht keine Verbesserung gebracht, weil - typisch deutsch - die Räumlichkeiten gemessen, vermessen werden, aber das, was in dem Heim mit den Patienten passiert, keinen Vorschriften unterliegt.

Ich wollte Herrn Veitin fragen, ob er den Eindruck hat, daß die Betreuung der Heime effizient ist, ob die Zeit, die die Mitarbeiter Ihres Hauses für die Heime haben, wirklich ausreicht, um einem zumeist wenig geschulten Personal Hilfe und den Patienten eine Behandlung, gerade auch im medikamentösen Sinne, zu vermitteln?

*Veitin:* Wir stehen natürlich erst am Anfang einer Entwicklung. Es ist ein sehr langwieriger Prozess, um einen solchen Einstellungswandel bei den Mitarbeitern der Heime herbeizuführen, so daß die Versorgung dort wirklich effizient wird. Wir sind für das erste froh, im eigenen Bereich soweit zu sein, daß wir uns überhaupt intensiv der extramuralen Arbeit zuwenden können. Wir bekommen jedoch schon sehr positive Feed-backs. Abgesehen davon, daß unser Rat dankbar angenommen wird, gibt man uns Gelegenheit, über Unterrichts-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen Einfluß auf die Betreuung in den Heimen zu nehmen.

Als optimal kann die Situation aber noch nicht bezeichnet werden. Daß wir trotz unserer beschränkten Platzkapazität im gerontopsychiatrischen Bereich dennoch nicht an ständiger Überbelegung leiden, mag seinen Grund auch darin haben, daß in unserer Stadt die Bereitschaft zur Eigenhilfe größer ist als anderswo, und daß die Familienverbände am linken Niederrhein möglicherweise noch konsistenter sind, als das in anderen Regionen - etwa in Lausanne - der Fall ist.

*Picard:* Herr Müller, nun zu der Frage, gibt es eine Überversorgung in Lausanne oder vermuten Sie eine Unterversorgung bei uns?

*Müller:* Ich bin froh, daß ich nochmals auf dieses Problem der Zahlen zu sprechen kommen kann. Ich möchte ein Mißverständnis vermeiden: Aus dem, was ich gesagt habe, darf auf keinen Fall geschlossen werden, daß nun die Gesamtbettenzahl für die Psychiatrie, also Erwachsenenpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Kinderpsychiatrie, höher angesetzt werden müßte als man bisher glaubte. Im Gegenteil, es geht einfach um die Frage der Verteilung. Sie ken-

nen diese langen Diskussionen, ob man 1,5 oder 2 Betten pro 1000 Einwohner für die Psychiatrie einplanen soll usw. Unsere Lausanner Erfahrungen zeigen, daß man für die gesamte Psychiatrie, d. h. Kinder, Erwachsene, Alte, Kriminelle, Anormale usw., mit 1,9 Betten pro 1000 Einwohner auskommt. Nur ist bei uns allerdings die Verteilung etwas anders als in anderen Ländern, auch als in anderen Kantonen der Schweiz. Es sind bei uns 0,9 Betten pro 1000 Einwohner für psychogeriatrische Fälle reserviert und 1 Bett pro 1000 Einwohner für die Erwachsenenpsychiatrie. Damit kommen wir für die Erwachsenenpsychiatrie sehr gut aus, eingeschlossen auch die kriminellen Geisteskranken, aber für die Gerontopsychiatrie ist es etwas knapp. Ich behaupte nicht, daß die Lausanner Situation optimal ist. Wie Herr Veitin sagte, ist es gut möglich, weil es sich vorwiegend um eine städtische Bevölkerung handelt, daß die Toleranz in den Familien geringer ist als anderswo.

Meiner Meinung nach ist die oder der Heimleiter eine Schlüsselfigur. Beim Leiter des Altenpflegeheimes spielt sich doch eigentlich das Wesentliche ab. Diese Person entscheidet, ob jemand dem Psychiater gezeigt werden soll oder nicht, ob jemand für das Heim tragbar ist oder nicht, und ich glaube, daß uns dort noch eine Menge Informationen fehlen und entgehen. Wir sollten uns wahrscheinlich in der Psychiatrie viel intensiver um diese Schlüsselfiguren kümmern. Ich könnte mir auch vorstellen, daß in diesen Altersheimen oder Alterspflegeheimen unserer Region die Toleranz oder die Gutwilligkeit dieser leitenden Figuren nicht sehr groß ist. Es genügen manchmal sehr wenige Argumente, damit es heißt: Der ist für uns nicht mehr tragbar, er findet sein Bett nicht mehr ganz, er hat sich manchmal etwas verirrt, wenn er auf das Klosett gehen sollte und dann wird er schon in die Psychiatrie geschickt. Es gibt da ganz feine Nuancen. Andererseits ist es auch wieder wahr, daß gewisse, sehr aufgeschlossene und die Probleme sehr bewußt sehende Heimleiter und Heimleiterinnen nicht wollen, daß ihre alten Pensionäre psychiatrisiert werden, und daß von daher eine gewisse Zurückhaltung in der Zusammenarbeit mit der Psychiatrie besteht, die durchaus verständlich ist.

*Teilnehmer:* Wie sind die Heime in der Schweiz organisiert, ist da ein Arzt allein zuständig oder wie bei uns, daß in einem Heim die Ärzte aus- und eingehen, aber eigentlich nicht in den Ablauf integriert sind? Ich weiß von Modelleinrichtungen, daß da mindestens 10 bis 15 Ärzte aus- und eingehen und im Grunde gar nicht wissen, welches Angebot im Heim an weiterer Hilfe gewährt werden kann.

*Müller:* In der Schweiz kann keine Rede von einem einheitlichen System sein. Es gibt alle Varianten, alle Spielarten. Man kann Altenpflegeheime finden, die einen festen zugeteilten Arzt haben auf privatrechtlicher Grundlage, es gibt welche, die durch unseren gerontopsychiatrischen Dienst betreut werden, es

gibt Heime ohne jede ärztliche Betreuung usw. Was wir natürlich anstreben, ist, wie es Herr Meyer eben auch postuliert hat, daß wir möglichst oft und möglichst häufig die Gelegenheit haben, in diesen Häusern mitzuarbeiten.

*Rave-Schwank:* Mich hat bei dem Referat von Herrn Müller die Integration der Behandlungsgruppe Schwester, Pfleger, Ärzte und Sozialarbeiter im stationären und ambulanten Bereich sehr interessiert und ich möchte wissen, wie die Arbeitseinteilung ermöglicht wird. Wie ist es machbar, vor allen Dingen auch im Hinblick auf die Berufszufriedenheit der Mitarbeiter, die gerade in einem rein geriatrischen Bereich sehr stark strapaziert und immer besonderen Belastungen ausgesetzt werden?

*Müller:* Die Ausgangslage war die, daß unsere psychiatrische Klinik, die gemäß schweizerischer Tradition zugleich auch Landeskrankenhaus ist, auch die Verantwortung für ein Versorgungsgebiet von über 250 000 Einwohnern hat. Erst waren die psychogeriatrischen Abteilungen integriert in die anderen. Da wurden die bekannten und sehr schmerzlichen Erfahrungen gemacht, daß es unter den Ärzten, Sozialarbeitern, Schwestern und Pflegern an Motivation fehlte, auf diesen Abteilungen zu arbeiten. Das war eines der Motive, weshalb wir diesen psychogeriatrischen Dienst neu aufgebaut und von der Erwachsenenpsychiatrie abgetrennt haben. Dieser eigene Status hat dann zu positiven Resultaten geführt, so daß die Mitarbeiter nicht mehr dorthin delegiert werden mußten, sondern sie haben sich gemeldet und waren motiviert, mit diesen Alterspatienten zu arbeiten. Das galt für die Ärzte, die Schwestern und Pfleger und die Sozialarbeiter. Es entstand sofort ein ganz anderes psychologisches Klima. Die meisten Ärzte sowie Sozialarbeiter in diesen psychogeriatrischen Diensten arbeiten teils auf den Stationen, teils in der Ambulanz. Ein gemischtes Team mit Schwestern, Sozialarbeitern und Arzt machen Hausbesuche. Für die Schwestern und Pfleger ergeben sich natürlich schwierige Organisationsprobleme. In der Ambulanz sind auch Schwestern und Pfleger tätig, die vor allem die Hausbesuche machen und in die Heime gehen. Jede Schwester bzw. jeder Pfleger im Spital kann auf diese Weise auch ambulant arbeiten.

*Ducho:* Ich darf daran erinnern, daß es in Deutschland niedergelassene Nervenärzte gibt. Herr Cooper aus London bezeichnete mich zwar mal in dieser Eigenschaft als Exoten, weil es die in England nicht gibt. In meinem Einzugsbereich liegen zwei Altersheime. Zu denen werde ich nur gerufen, wenn irgendjemand wieder in den Rhein gesprungen ist und der Staatsanwalt zu kommen droht. Damit darf ich auf die Lücke in dem Heimgesetz zurückkommen, daß die Heime nicht verpflichtet werden, mit Psychiatern zusammenzuarbeiten. Das ganze Problem liegt in der mangelnden Motivation des dortigen Pflegepersonals. Wenn wir organisatorisch diese Lücke schließen können, dann glaube ich, haben wir das Wesentliche hier erreicht.

*Meyer:* Herr Ducho, ich weiß nicht, ob es mangelnde Motivation des Pflegepersonals ist. Ich denke, es verhält sich komplizierter. Etwa 40% der Klienten im Heim haben noch ihren Arzt von früher. Der Sprung ist - und das zeigt sich auch bei Patienten, die draußen leben und nicht in einem Heim - vom praktischen Arzt zum Facharzt, welcher Art auch immer. Da ist eine ganz deutliche Barriere. Die eigentliche Schwierigkeit besteht darin, den Psychiater in die Leitung des Heimes hineinzunehmen und damit auch in die Verantwortung für viele personelle und strukturelle Entscheidungen innerhalb des Heimes.

*Müller:* Ich möchte noch auf eine Bemerkung von Herrn Meyer eingehen, nämlich auf die Frage der Priorität. Was ist innerhalb der Psychogeriatric vorrangig: die Schaffung und der Ausbau der Ambulanzen oder die Verbesserung der Lage der chronischen und schwer abgebauten Patienten? Ich glaube nicht, daß die bestausgebaute ambulante Betreuung einen so großen präventiven Effekt hätte, daß man in absehbarer Zeit auf eine entsprechende Verminderung der schwerdementen Patienten hoffen könnte, sondern um die wird es eben in den nächsten 10, 20 oder 30 Jahren zahlenmäßig sicher nach wie vor gehen. Deshalb muß es auch unsere Sorge sein, sie richtig zu behandeln und unterzubringen. Ich fürchte einfach, daß man nach dem Aufbau eines ambulanten Netzes leicht Menschen findet, die motiviert sind, dort zu arbeiten, aber daß dann diese schwer dementen senilen Menschen in einem Ghettobereich bleiben und man sich nicht mit derselben Intensität um sie kümmert, ich bin ein gebranntes Kind durch recht gute Kenntnisse und Informationen, beispielsweise über Italien, wo man in einer Provinz nach den Ideen von Herrn Basaglia ein fabelhaftes ambulantes Netz von Polikliniken usw. aufbauen und dann einfach die 3 000-4 000 chronisch Kranken in den Großkrankenhäusern auf der Seite lassen wollte.

*Meyer:* Das Wort „präventiv“ war hier von mir sehr pauschal gemeint. Wenn wir bei einer senilen Demenz in relativ gutem körperlichen Zustand frühzeitig beurteilen, wo der Betreffende die nächsten Jahre leben kann, dann ist das für ihn und seine Umgebung eine wichtige Entscheidung. Und wenn wir diese neueren Formen der Beurteilung, ob durch die Abteilung im Allgemeinkrankenhaus oder durch eine Assessment unit, frühzeitig vornehmen, dann werden wir psychosozial hilfreich sein für seinen weiteren Lebensweg. Wenn wir aber damit anfangen, manpower und Geld für die Optimierung der Schwerkrankenstationen zu verwenden, kommt man gar nicht zu anderem. So wäre mein Gegenargument. Aber ich sehe natürlich die Gefahr, „schicke“ ambulante Einrichtungen zu schaffen und dabei die Schwerstkranken zu vergessen.

*Huhn:* Ich möchte Herrn Müller fragen, wie in der Schweiz die konsiliarisch erbrachten Leistungen für die Heime abgerechnet werden?

*Müller:* Auch da gibt es große Unterschiede. Es gibt Stiftungen, die Pauschalverträge haben mit niedergelassenen Psychiatern, oder Allgemeinpraktikern,

oder Internisten. Es gibt aber auch Einrichtungen, wo nach dem Krankenkassentarif pro Akte abgerechnet wird. Dann gibt es die Situation, wo einfach ein Arzt von uns dorthin geht, dann wird keine gesonderte Abrechnung darüber geführt.

*Stromgren:* In Dänemark ist die Frage der psychisch Kranken in Heimen sehr aktuell. Unser Kreis hat ungefähr 570.000 Einwohner. Vor zwei Jahren haben wir von unserem psychiatrischen Krankenhaus die 137 Heime in diesem Kreis mit zusammen 5 000 Patienten besucht. Von diesen 5 000 waren 27% psychisch krank. Das wäre ungefähr 2% der Bevölkerung. Im psychiatrischen Krankenhaus haben wir 0,5% geriatrische Fälle. Man kommt so auf die Summe von 2,5%. Die Kranken in den Pflegeheimen wurden im großen und ganzen dort gut gepflegt und behandelt. Wenige von ihnen wurden eigentlich psychiatrisch behandelt. Überall bestand der Wunsch, daß das Personal mehr mit Psychiatern Kontakt haben sollte. Aber nichtsdestoweniger haben wir das Gefühl gehabt, daß die meisten von diesen Kranken gut behandelt werden. Es war eigentlich eine bessere Behandlung, als wenn die Patienten im Krankenhaus geblieben wären.

I

*Middelhoff:* Ich möchte noch einmal von der Ambulanz auf das psychiatrische Krankenhaus zurückkommen. Das ist die Institution, von der Herr Müller zurecht sagte, daß sie nicht nur den Aufnahmewang hat, sondern auch in der Regel die Schwerstkranken versorgen muß. Dies ist tatsächlich, wenn man das mehrere Jahre mitgemacht hat, außerordentlich demoralisierend und auch ungünstig für die Kranken. Außerdem ist es üblich, daß die Abteilungen für Alterskranke an den psychiatrischen Landeskrankenhäusern zum Teil noch in den ältesten Bauten untergebracht sind.

Von den übrigen Kliniken werden nicht selten Patienten, die psychische Auffälligkeiten zeigen, und das passiert relativ rasch bei der Dialyse, bei schweren Krebsleiden usw., in die Landeskrankenhäuser abgeschoben. Nach meiner Erfahrung sterben dann fast 50% in relativ kurzer Zeit, etwa 30% verbleiben und 20% werden in Heime verlegt. Eine solche ungünstige Selektion ist für die Mitarbeiter auf die Dauer unerträglich.

Zur internistischen Versorgung der Alterskranken in einem Landeskrankenhaus wurde schließlich mit Recht betont, daß dort Multimorbidität vorherrsche. Es ist außerordentlich schwierig, mit den Mitteln eines Landeskrankenhauses einen Facharzt für innere Krankheiten nach BAT II zu bekommen. Auch die Labors sind unterbesetzt. So ist es sehr schwierig, eine sachgerechte internistische Versorgung zu betreiben, und ich möchte behaupten, daß in vielen Landeskrankenhäusern die internistische Versorgung schlechter ist als die durchschnittliche medizinische Betreuung der Stadt- und Landbevölkerung durch niedergelassene Fach- und Allgemeinärzte.

*Ricard:* Dies ist eine Feststellung, die man gar nicht so selten hört. Könnte man nicht dafür sorgen, daß die außerordentlich energieverbrauchenden Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter dadurch erträglicher werden, daß man z. B. nicht nur die stationäre Abteilung für Alterskranke im Landeskrankenhaus Wiesfoch, sondern auch im Umfeld die familiäre und die Heimbehandlung von Alterskranken überdenkt? Was kann man tun, um das zweite gravierende Problem, die internistische Unterversorgung - die eine sträfliche Vernachlässigung für einen Bevölkerungskreis ist, der das Gefühl haben muß, abgeschoben zu sein - zu verbessern?

*Siedow:* Herr Picard, Sie fragen nach Abhilfen. Ich kann nur unterstützen, was Herr Middelhoff sagt. Wir haben dies zu lösen versucht, indem wir gemäß der Enquete psychiatrische oder psychogeriatrische Stationen an allgemeinen Krankenhäusern zunächst einmal für unsere alten Kranken vorsahen. Für Konstanz war das geplant. Das Land hat das auch gefördert, aber die Kommunen lehnen es ab. Es muß irgendwie hier eine Lösung oder zumindestens ein Vorschlag, ein Druck gefunden werden, um diese Verhältnisse zu ändern. Denn gerade unsere alten Leute haben am ehesten das Recht, nicht in die Landeskrankenhäuser abgeschoben und dort stigmatisiert zu werden, sondern dort zu bleiben, wo sie von ihren Familien und ihren Angehörigen besucht werden können. Auch unter dem Gesichtspunkt der Multimorbidität ist es vernünftig, daß man solche Abteilungen im Zusammenhang mit allen Schwerpunktkrankenhäusern usw. einrichtet. Das ließe sich ohne weiteres machen, da die Einnahmen für Behandlungsfälle dann den Trägern zugute kommen. Vielleicht kann man von dort her eine Motivation schaffen, denn in den Heimen laufen sie nach wie vor als Pflegefälle oder als Heimpatienten, die vom überörtlichen Träger versorgt werden.

*Picard:* Es ist eher enttäuschend, daß wir bei Verbesserungen im Bereich der gesamten Psychiatrie immer wieder auf den Dreh verfallen zu fragen, wo es mehr Geld bringt. Ich wehre mich dagegen, auf diesem Wege eine notwendige Verbesserung durchzusetzen, weil es auch über Einsicht gehen müßte.

*Meyer:* Es ist sicher richtig, daß Multimorbidität hauptsächlich Angelegenheit der inneren Medizin ist. Man könnte erwägen, ob die Heime in Zukunft vor allem eine internistische und auch neuro-psychiatrische Betreuung haben sollen. Dies würde sich auf die gesamte Struktur des Heimes auswirken. Mir ist dabei aber nicht klar, wie man das machen kann, wenn man dem Klienten, der in das Heim zieht, seinen Hausarzt läßt. Wer entscheidet dann, wann man den Internisten ruft und wann den Psychiater? Vielleicht wäre auch der Geriater die Lösung!

*Middelhoff:* Herr Picard, Sie sagten, daß ist keine Sache des Geldes. Ich meine, wir reden seit 150 oder 180 Jahren davon, daß die psychisch kranken

Menschen endlich den körperlich Kranken gleichgestellt werden sollen. In den Landeskrankenhäusern ist der Pflegesatz für Pflegefälle 50- DM, in anderen Kliniken 180 - DM. Das muß sich ja niederschlagen. Die Psychiatrie ist genauso kostenintensiv und personalintensiv, technische Apparate brauchen wir nicht in dem Maße, aber persönliche Kontakte und Gespräche, und die fehlen, bei 50 - DM kann man die nicht verschaffen.

*Plcard:* Das ist richtig, Herr Middelhoff. Aber ich bin der Meinung, daß man einem Träger klarmachen müßte, daß der Patient und der Mensch eine Behandlung brauchen und daß nicht das Geld die erste Begründung ist.

*Ducho:* Wir bekommen die Verlegungen häufig deshalb, weil die Patienten Pflegefälle werden, die in den Heimen nicht versorgt werden können. Die Heime wären aber bereit, sie zu versorgen, wenn sie nicht nur die Pflegezulage bekämen, sondern einen kostendeckenden Pflegesatz, wie jeder körperlich Kranke ihn auch beanspruchen kann. Wenn man das durchsetzen könnte, dann wäre es teilweise sicher möglich, die alten Leute in Heimen länger zu behalten.

*Odenbach:* ich möchte noch auf eines hinweisen, m. E. besteht folgende Gefahr: Wenn jedes städtische Krankenhaus, jedes Kreiskrankenhaus eine eigene psychiatrische Abteilung hat, dann werden in den Landeskrankenhäusern nur die desolaten und die Langzeitfälle bleiben. Dennoch glaube ich, daß allein die topografische Lage von manchem Landeskrankenhaus dazu zwingt, möglichst bald auch andere Krankenhäuser mit notfalls kleinen psychiatrischen Abteilungen auszustatten, denn sie würden sicher manchen Patienten gerade bei akuten Hirndurchblutungsstörungen davor behüten, überhaupt zum Hirngeschädigten zu werden, wenn in der ersten oder zweiten Instanz gleich das Richtige geschehen würde.

*Behrends:* Ich hätte gern noch eine Frage an Herrn Müller, und zwar nach der Organisation. In Düsseldorf haben wir von der Gemeindepsychiatrie her den Eindruck, daß die Empfehlungen der Enquete im Sinne einer Einbahnstraße laufen. Einmal hat das zuständige Landeskrankenhaus drastisch seine Bettenzahl auf 920 für einen Einwohneranteil von 620 000 Einwohnern reduziert. Es verkürzt auch die Verweildauer enorm und erschwert die Aufnahmen. Wir beobachten im Zusammenhang mit den Nervenärzten, den sozialen Diensten ein schnelleres Auftauchen von Problempatienten in der Gemeinde und es stellt sich heraus, daß die Empfehlungen nach dem Ausbau komplementärer Dienste mit der Schnelligkeit, mit der auf der anderen Seite agiert wird, nicht schritthalten. Wir vermissen also eine Kooperation oder ein koordiniertes Abstimmen, wann wer entlassen werden kann und wohin er kommt. Mich würde interessieren, wie Sie das mit den nachsorgenden gemeindepsychiatrischen Diensten arrangiert haben.

**Müller:** Unsere Diskussion zeigt doch eigentlich, daß es keine Patentlösung gibt und daß die regionale Planung das Wesentliche ist. Mit den an Ort und Stelle vorhandenen Mitteln muß organisiert und geplant werden und man muß sich vor Sandkastenspielen hüten, wo man einfach am grünen Tisch für ganze, große Regionen das Allheilmittel finden will. Ich behaupte keineswegs, daß unsere Lösung in Lausanne die beste ist. Die Diskussion hat auch gezeigt, daß man sehr viel daran kritisieren kann.

Vielleicht gibt es noch eine Möglichkeit, die wir noch nicht erwähnt haben: Ob wir nicht versuchen sollten, die Familien besser zu motivieren und auch zu stimulieren, ihre alten Leute bei sich zu behalten, und zwar durch eine gezielte finanzielle Beihilfe. Das wäre noch eine Form, die man erwägen sollte.

Und dann schließlich zu dem, was Herr Behrends sagte. Ich komme einfach immer wieder zurück auf das komplette Funktionieren der Sektororganisation. Wenn Sie das wirklich für ein Standardversorgungsgebiet konsequent durchführen, mit allem, was dazugehört, dann tauchen diese Probleme nicht auf. Jedenfalls ist das bei uns so gelaufen. Diese Einrichtungen sind dazu da, um der ganzen Bevölkerung von 250 000 Einwohnern das Bestmögliche zu bieten. Die Fragen der Entlassungen und der Nachsorge gestalten sich dann organisch.

# Zur Rehabilitation chronisch psychisch Kranker und geistig Behinderter: Die Notwendigkeit eines leistungsintensiven psychiatrischen Gesundheitsdienstes

*J. K. Wing*

Die Einladung, anlässlich dieser Tagung zu sprechen vor Fachleuten, die sich damit befassen, die Qualität und die Effektivität der psychiatrischen Versorgung zu verbessern, ist mir eine Ehre und ein Vergnügen. Ich wurde aufgefordert, eines der umfassendsten Probleme, mit denen sich Gesetzgeber und Fachleute konfrontiert sehen, zu behandeln - die Rehabilitation und soziale Wiedereingliederung psychisch Kranker und geistig Behinderter. Meine Ausführungen werden sich hauptsächlich auf die Entwicklungen der letzten 20 Jahre, die ich in meinem eigenen Land erlebt habe, stützen müssen, doch ich glaube, daß vieles davon auch auf die Probleme anderer Länder in Westeuropa und Nordamerika zutrifft. Da wir in England schon so lange dabei sind, unsere gemeindenahere psychiatrische Versorgung aufzubauen, haben wir uns auch mit Problemen und deren Lösungsversuchen auseinandergesetzt, die in Deutschland, wo die psychiatrische Versorgung noch vornehmlich von Landeskrankenhäusern getragen wird, vielleicht noch gar nicht aufgetaucht sind. Es ist deshalb möglich, daß eine Darlegung unserer Schwierigkeiten als auch dessen, was wir zu unseren Erfolgen rechnen, manche Probleme, die wir hatten, vorhersehen und vermeiden ließe. Wir alle haben dieselben Ziele, die im Kapitel Prioritäten des Berichts über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Bericht, 1975, S, 408) deutlich herausgestellt werden:

- a) Das Prinzip der gemeindenahen Versorgung
- b) Das Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten
- c) Das Prinzip der bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste
- d) Das Prinzip der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken

Genau dasselbe strebt die gegenwärtige englische Regierungspolitik an (DHSS, 1974). Versorgungseinrichtungen sollten jeweils einem geographisch definierten Bereich zugeordnet werden, damit immer festgestellt werden kann, wer für die Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit und für die Versorgung verantwortlich ist; sie sollten umfassend sein, damit vielfältigen Bedürfnissen entsprochen werden kann; und sie sollten koordiniert sein, um sicher zu gehen, daß keine Lücken oder Barrieren zwischen den Einrichtungen, die auf verschiedene Weise Behandlung, Betreuung oder Hilfe anbieten, bestehen. Diesen Zielen liegt ein weiteres wichtiges Prinzip zugrunde, nämlich das der

Effektivität der eingerichteten Dienste. Um festzustellen, ob man wirklich auf die Bedürfnisse einer Bevölkerung eingeht, bedarf es ständiger Wachsamkeit (WING und HAILEY, 1972). Herr Hafner betont diesen Grundsatz, wenn er vorschlägt, auch die Evaluationsforschung als eine Priorität einzustufen (HAFNER, Bericht S. 417). Epidemiologische Forschung ist besonders wichtig (BAUER, 1977, DILLING und WEYERER, 1978, WING und HAFNER, 1978, WING und HAILEY, 1972). Sicherlich müssen wir in Großbritannien mindestens während der nächsten 10 Jahre die kürzlich im nationalen Gesundheitsdienst und der sozialen Versorgung eingeführten Neuerungen kontinuierlich' überprüfen, bevor wir wissen, wie effektiv sie sind.

Unglücklicherweise sehen sich unsere beiden Länder auch der harten Wirklichkeit gegenüber, daß diese Ziele noch nicht erreicht sind. Die Dienste sind häufig nicht geographisch gegliedert, sie sind eher punktuell als umfassend; und weit davon entfernt, koordiniert zu sein, werden sie von einer Vielzahl von Trägern mit ihren eigenen Berufstraditionen, Praktiken und Hierarchien unterhalten. Es trifft natürlich zu, daß in manchen Ländern und in einzelnen Gebieten Teilbereiche der Versorgung auf einen hohen Stand gebracht worden sind. Trotzdem muß man wohl zu Recht feststellen, daß gegenwärtig nirgends auf der Welt eine für alle Versorgungsbereiche, einschließlich der chronisch Kranken, verantwortliche, umfassende und integrierte psychiatrische Versorgung besteht. Das bedeutet, daß es keinen psychiatrischen Gesundheitsdienst gibt, der auch nur einem mittelmäßigen Anspruch auf umfassende Effektivität genügen könnte.

Das trifft besonders für die Rehabilitationseinrichtungen zu. Die Sachverständigenkommission setzte den „Aus- und Aufbau der komplementären Dienste“ an erste Stelle. „Während durch Bundesgesetz und Ländergesetze Krankenhausplanung und -finanzierung weitgehend geordnet und übersehbar gemacht worden sind, finden sich ähnliche Regelungen, die die Planung und Finanzierung der vielgestaltigen komplementären Dienste regeln, bislang nicht.“ „Der dringend notwendige bedarfsgerechte Aus- und Aufbau der komplementären Dienste führt zu einer allseitigen Verbesserung der Rehabilitationschancen und der Versorgungslage für alle betroffenen Personengruppen, insbesondere für

- psychisch kranke alte Menschen,
- chronisch psychisch Kranke und geistig Behinderte,
- Schwerst- und Mehrfachbehinderte.“

Ich werde deshalb in diesem Vortrag zuerst auf den eigentlichen Begriff „Rehabilitation“ eingehen und mich dann mit den Vor- und Nachteilen einer krankenhauszentrierten Versorgung und schließlich mit den Organisationsfragen der gemeindenahen Versorgung chronisch psychisch Kranker und geistig Behinderter befassen.

## **Zum Konzept der Rehabilitation:**

Der Begriff „Rehabilitation“ bedeutete im 16. Jahrhundert, „einer Person, die Rang und Besitz verloren hatte, wieder zu ihrer früheren Stellung zu verhelfen“. Obwohl sich diese Bedeutung heute sehr ausgeweitet hat, indem wir diesen Begriff auch auf schwer geistig Behinderte, die niemals normal werden, anwenden, wird vielfach immer noch angenommen, die Wiedereingliederung in ein bezahltes Beschäftigungsverhältnis sei endgültiges Ziel der Rehabilitation, was impliziert, daß eine Person, die nicht völlig selbständig wird, irgendwie versagt hat.

Ich würde eine weiter gefaßte Definition vorziehen. Die Aufgabe der Rehabilitation ist, einen behinderten Menschen so zu fördern, daß er seine positiven Fähigkeiten so weit wie möglich einsetzen kann, und mit Sicherheit alles nach heutigem Wissen mögliche zu tun, um die chronischen Behinderungen zu überwinden, und zu verhüten, daß neue Benachteiligungen entstehen. Das bedeutet häufig, daß beschützende Tages- und Wohnheime gestellt werden müssen und dauernde medizinische oder soziale Betreuung notwendig ist. Lebt ein Behinderter dann in einer sozialen Umgebung, die der normalen so nahe wie möglich kommt, ist dies eher als ein Erfolg denn als Mißerfolg aufzufassen. Anders ausgedrückt, unser Ziel sollte lieber positiv als negativ sein.

Wichtig ist zu erkennen, daß der Begriff der Behinderung äußerst komplex ist. Ich möchte zwischen drei Entstehungstypen unterscheiden: der erste beruht auf einer biologischen Schädigung, der zweite beruht auf einer sozialen Benachteiligung und der dritte auf der Reaktion eines behinderten Menschen auf seine eigenen Probleme. Die biologische Schädigung tritt am deutlichsten bei schwerer geistiger Behinderung zutage, wie etwa beim Down-Syndrom („Mongolismus“) als häufigste Einzelursache dafür. Kinder mit Down-Syndrom sind in ihrer Fähigkeit, selbstverantwortliche Mitglieder unserer Gesellschaft zu werden, stark eingeschränkt, doch innerhalb der Grenzen ihrer intellektuellen Fähigkeiten sind sie normal, nicht anormal. Sie reagieren liebevoll auf ihre Angehörigen, können einfache Arbeiten ausführen, spielen ebenso gern Tischtennis wie die anderen, auch wenn sie ziemlich ungeschickt sind, und sie profitieren von einer ihren Verhältnissen angemessenen Ausbildung. Die Tatsache einer bestehenden biologischen Schädigung bedeutet nicht, daß sie ständiger ärztlicher Behandlung oder Pflege bedürfen, und es gibt keinen Grund, weshalb sie im Krankenhaus leben sollten. Doch selbstverständlich brauchen sie eine beschützende Umgebung, in besonderen Schulen, wenn sie jung sind, und als Erwachsene in Beschäftigungszentren. Auch ihre Familienangehörigen brauchen eine spezielle Schulung, damit sie den Kindern von Anfang an dabei helfen können, alle Entwicklungsmöglichkeiten voll auszuschöpfen. Es gibt noch viele andere Ursachen für schwere geistige Behinde-

rungen, von denen manche, die zu viel schwereren Verhaltensstörungen führen, noch nicht völlig erforscht sind. Das trifft besonders für die Kinder zu, die unfähig sind, richtig sprechen zu lernen oder zu verstehen, so daß die normalen Lernvorgänge durch Spiel und soziale Interaktion nicht stattfinden können (WING, 1973). Die Eltern brauchen ausführliche Anleitung und Unterstützung, und selbst mit dieser Hilfe mag es nicht gelingen, das Kind zu Hause aufwachsen zu lassen. In zwei Altersperioden ist die Störung am größten; die erste von Geburt an bis zum Alter von etwa sieben Jahren, die andere von der Pubertät zu den frühen zwanziger Jahren, Die Betreuung dieser Kinder erfordert einen günstigen Pflegepersonal-Patienten-Schlüssel und eine besonders angepaßte Umgebung. - Dennoch bleibt der Grundsatz, das soziale Umfeld, in dem sie leben, so normal wie möglich zu gestalten, von übergeordneter Bedeutung.

Eine weitere Komplikation bei schwerer geistiger Behinderung ist in manchen Fällen eine gleichzeitige schwere körperliche Behinderung, die eine Überwachung durch ausgebildete Krankenschwestern, Physiotherapeuten und Logopäden, sowie wohldurchdachte Wohnungs- und Gartenplanung erforderlich macht.

Die biologischen Beeinträchtigungen schwerer geistiger Behinderung sind offensichtlich, und niemand wird sie bestreiten wollen. Im Falle einer chronischen psychischen Erkrankung, wie etwa der Schizophrenie, ist jedoch nicht so klar zu erkennen, daß die Fähigkeiten eines Menschen eingeschränkt sind, und manche Theoretiker streiten das Vorliegen einer biologischen Schädigung ab. Das Problem wird dadurch kompliziert, daß die Schizophrenie häufig in akuten Schüben mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen und relativ normalen Intervallen verläuft, oft aber auch zu chronischen Beeinträchtigungen führt (z. B. Verlangsamung, Passivität und Störungen im Bereich der verbalen und nonverbalen Kommunikation, Unfähigkeit, schwierige Arbeiten oder ein normales Quantum an ungelernter Arbeit auszuführen). Ist diese chronische Beeinträchtigung schwer, hat sie manches mit einer geistigen Behinderung gemein. Art und Schwere der Störung hängen bis zu einem gewissen Grad von der Umgebung ab. Lebt ein Mensch dieses Personenkreises in einem beschützenden Milieu und wird er zudem auch noch wenig dazu ermutigt, selbst aktiv zu sein und am Leben außerhalb teilzunehmen, besteht zwar weniger die Gefahr eines akuten Rückfalls, dagegen ist zu befürchten, daß Apathie und Verlangsamung zunehmen. Wird er dagegen veranlaßt, zu früh sein gewohntes Leben wiederaufzunehmen, wächst das Risiko eines Rückfalls (WING, 1976). Zudem liegt eine weitere Komplikation darin, daß der Kranke während eines akuten Schubs völlig uneinsichtig wird für sein abnormes Verhalten. „Zum Teil bestehen die besonderen Schwierigkeiten der Angehörigen von Personen, die an Schizophrenie leiden, darin, daß die Schizophrenie irgendwie zwischen solchen Behinderungen wie Blindheit und schwerem Schwach-

sinn angesiedelt ist. Blindheit, obwohl schwer beeinträchtigend, macht den Betroffenen nicht unfähig, über seine eigene Zukunft zu entscheiden; bei schweren Schwachsinnsformen ist es klar, daß der Patient niemals zu einem eigenen unabhängigen Urteil fähig sein wird." (CREER und WING, 1977).

Deshalb ist es unerlässlich, daß in jede Diskussion über Einrichtungen für psychisch Kranke die Probleme der Angehörigen ebenso wie die der Kranken selbst und die des Personals einbezogen werden. Es gibt noch eine Reihe von weiteren psychischen Störungen, jede mit den jeweiligen charakteristischen Beeinträchtigungsmustern, die für entsprechende Einrichtungen bestimmend sind, doch hoffe ich, daß diese Beispiele genügen.

Die zweite und dritte Faktorengruppe, die zunächst nichts mit der Krankheit zu tun haben, wirken sich auf den Schweregrad der Behinderung aus: Eine davon ist die soziale Benachteiligung. Es ist bekannt, daß Menschen, die arm sind, aus einem unterprivilegierten Milieu stammen, wenige Begabungen zeigen, sich ihrer Heimatgemeinde nur wenig zugehörig fühlen und keine Angehörigen haben, die für sie sorgen könnten, mit größerer Wahrscheinlichkeit in Institutionen wie Krankenhäuser, Wohnheime, Gefängnisse, Waisenhäuser etc. eingewiesen werden und dort auch länger bleiben als andere, die nicht von vornherein benachteiligt waren. In dieser Hinsicht sind zwei langfristig zu beobachtende Tendenzen unserer westlichen Gesellschaft sehr beunruhigend: die hohe Arbeitslosenrate in vielen Ländern und die Tatsache, daß Ehen häufig nicht lange genug bestehen bleiben, um Kinder in einer stabilen Atmosphäre aufwachsen zu lassen. Diese beiden Entwicklungen lassen befürchten, daß psychisch kranke und behinderte Menschen in Zukunft mehr soziale Benachteiligung und weniger soziale Unterstützung erfahren könnten.

Der andere Faktor, den wir bedenken sollten, ist die Reaktion eines behinderten Menschen auf seine eigenen Probleme. Sie hängt weitgehend von der Einstellung anderer Menschen ab; von Angehörigen, Arbeitgebern, Ärzten, Beamten, der Gesellschaft im Ganzen. Dabei spielt auch eine Rolle, wie der Betreffende behandelt wird. Ein extremes Beispiel dafür, wie eine Behinderung verstärkt werden kann, ist der Hospitalismus. Dieser Begriff bezeichnet die allmähliche Anpassung einer Person an das Leben in einer Institution, so daß sie schließlich nicht mehr fähig ist, außerhalb zu leben, sondern tatsächlich dort bleiben will (v. CRANACH und FINZEN, 1972, FINZEN, 1974). Eine solche Entwicklung tritt nicht nur in Institutionen auf; sie ist einfach ein Beispiel für falsche Konditionierung, die im täglichen Leben sehr häufig ist.

Als während der fünfziger Jahre in unseren psychiatrischen Krankenhäusern Systemreformen durchgeführt wurden, waren die Rehabilitationstechniken oft ungewöhnlich erfolgreich. Der Zustand von Langzeit-Patienten, die nicht

schwer behindert waren, besserte sich beträchtlich, da die durch die Hospitalisierung verursachte Schädigung durch Resozialisierung, Berufstraining und eine allmähliche Anpassung ans Leben außerhalb des Krankenhauses rückgängig gemacht werden konnte. Heutzutage bleiben nur sehr wenige Patienten über lange Zeiträume im Krankenhaus. Hospitalismus wird weitgehend verhütet. Das bedeutet zwar einen Erfolg, wirkt sich aber auch so aus, daß die Rehabilitation ein viel längerer und schwierigerer Vorgang mit viel weniger ins Auge springenden Ergebnissen geworden ist. Es werden zwar weniger Patienten schwer geschädigt, doch diesen zu helfen, ist dann sehr viel schwieriger.

Ich bitte zu entschuldigen, daß ich so viel Zeit mit selbstverständlich klingenden Aussagen verbringe, doch ich möchte damit betonen, wie wichtig es ist, sich die Behinderungen chronisch psychisch Kranker und geistig Behinderter zu verdeutlichen, wenn man eine psychiatrische Versorgung planen will, die auf effektive Weise ihren Bedürfnissen und denen ihrer Familien entsprechen soll. Im nächsten Teil meines Vertrags werde ich auf die Probleme eingehen, die für uns entstehen durch den Übergang von einer vorwiegend institutionellen Versorgung zu einer, die mehr den Empfehlungen der Enquete entspricht.

Ein beträchtlicher Teil der Menschen, die heute in psychiatrischen Krankenhäusern und Heimen für geistig Behinderte leben, wurde schon vor vielen Jahren aufgenommen, bevor die gegenwärtigen Richtlinien festgelegt worden waren. In den dreißiger Jahren hatte ein Patient, der mit der Diagnose Schizophrenie in ein englisches Krankenhaus eingeliefert wurde, eine Chance von 1:3 innerhalb von zwei Jahren entlassen zu werden. Nach zwei Jahren war die Aussicht auf Entlassung praktisch null. Das bedeutete, daß viele Personen, noch lange nachdem sie sich von ihrer akuten Episode erholt hatten, weiter im Krankenhaus blieben, obwohl es für sie möglich gewesen wäre, außerhalb ein nützliches Leben zu führen. Selbstverständlich entwickelten manche Krankenhäuser eine sinnvolle Tradition rehabilitativer Maßnahmen. Dr. Simon aus Gütersloh wurde in den zwanziger Jahren weltberühmt, weil er nicht nur erkannte, daß lange Perioden der Untätigkeit in einer Institution schädigend wirken können, sondern auch darauf bestand, daß der Krankenhausaufenthalt dazu genutzt werden sollte, soziale Fähigkeiten zu erhalten und sie als Vorbereitung für die Entlassung zu üben (SIMON, 1927,1929).

In den meisten psychiatrischen Krankenhäusern und in allen Krankenhäusern für geistig Behinderte wurde eine Entlassung jedoch nicht als wünschenswertes Ziel angestrebt. Es wurde angenommen, daß die Gesellschaft diese Kranken nicht ertragen könne und sie nichts mehr als ein Leben in der Institution zu erwarten hätten. Sobald ein Insasse das akzeptiert hatte, galt er als „gut ein-

gewöhnt", und dann konnte er in den besten Krankenhäusern ein tätiges und angenehmes Leben führen und beispielsweise auf dem Krankenhausgut arbeiten. Die „Kolonien“ geistig Behinderter wurden in England als autarke Zentren eingerichtet, in denen alle Möglichkeiten des normalen Lebens (außer der Freiheit) in einer beschützenden Umgebung gegeben waren.

Die Nachteile dieser Institution sind wohlbekannt: soziale Isolation, Stigma, Hospitalismus, Armut und Vernachlässigung. Diese Beeinträchtigungen wachsen in großen, weit abliegenden, geschlossenen Institutionen, die ihren eigenen Lebensstil und schwer zu verändernde Arbeitsmethoden entwickeln. Mitarbeiter und Patienten werden gleichermaßen hospitalisiert. In englischen psychiatrischen Krankenhäusern der dreißiger Jahre mußten die Schwestern die Erlaubnis des Board of Governors einholen, wenn sie heiraten wollten. Doch ähnliche Schwierigkeiten können sich möglicherweise auch in anderen kleineren beschützenden Einrichtungen wie Heimen und Übergangswohnungen ergeben.

Früher wurde an einem Ort, oft weit von der Wohngegend des Patienten entfernt, ein begrenzter, jedoch einheitlicher Versorgungsdienst eingerichtet. Die Sachverständigenkommission empfahl ein völlig anderes Versorgungsnetz; innerhalb der Heimatkommune, doch auf zahlreiche kleine Einheiten verteilt, sollte jede theoretisch in einen einheitlichen psychiatrischen Gesundheitsdienst integriert sein. In England verfolgen wir dieselben Richtlinien: wir können auch recht gute Erfolge aufweisen, doch ebenso wie in der Bundesrepublik bleibt noch viel zu tun. Beispielsweise erleiden, auch bei bestmöglicher medizinischer und sozialer Versorgung vielleicht ein Fünftel aller Patienten, bei denen die Diagnose Schizophrenie zum ersten Mal gestellt wird, auf die Dauer schwere Beeinträchtigungen (BROWN, BONE, DALISON und WING, 1966) .

Eine neue Erhebung bei Patienten unter 65 Jahren, die länger als ein Jahr aber kürzer als drei Jahre in englischen psychiatrischen Krankenhäusern gewesen waren (die „neuen“ Langzeitpatienten), zeigt, daß die meisten zwar ziemlich ernst behindert waren, zwei Drittel aber doch in der Lage gewesen wären, bei Vorhandensein alternativer Versorgungsmöglichkeiten (Übergangsheime, Wohnheime, Tag- und Nachtkliniken und Zentren, beschützende Werkstätten, Abteilungen für Körperbeschädigte etc.) das Krankenhaus zu verlassen (MANN und CREE, 1976). Untersuchungen an den in England eingerichteten Wohnheimen und Tageszentren machen deutlich, daß die meisten nur darauf eingerichtet sind, Menschen aufzunehmen, die nicht sehr schwer behindert oder verhaltensgestört sind. Dasselbe trifft auch für Tageszentren und beschützende Werkstätten zu, was bedeutet, daß viele Krankenhauspatienten dafür nicht in Frage kommen (HEWETT, RYAN und WING, 1975). Die-

se Tageseinrichtungen und Wohnheime verfahren oft nach einer bestimmten Rehabilitationstechnik, die darauf hinausläuft, daß man von den Patienten erwartet, daß sie innerhalb eines gegebenen Zeitraumes, meist eines Jahres, selbständig Arbeit und Wohnung finden. In Wirklichkeit gelingt das vielen nicht und eine neue Gruppe von Langzeitpatienten wächst heran. Doch diese Einrichtungen, die Langzeitpatienten versorgen, haben engagiertes Personal und bieten ihnen eine gute Lebensqualität. Wir haben nicht viele kommerziell geführte private Pflegeheime von der Art, die in den USA auf Kritik stößt. Unser Hauptproblem ist der Mangel an Plätzen (OLSEN, 1979, WING und OLSEN, 1979).

Ein weiteres Problem in England, das hierzulande auch charakteristisch ist, besteht darin, daß viele verschiedene Träger für die einzelnen Einrichtungen verantwortlich sind. Die Krankenhäuser und Tagkliniken gehören zum National Health Service, der von der Regierung aus Steuermitteln finanziert wird. Die Wohnheime und Tageszentren unterstehen den kommunalen Wohlfahrtsverbänden und werden aus gemeindlichen Steuermitteln unterhalten. Dadurch sind medizinische Fachkräfte und Sozialarbeiter verwaltungstechnisch unabhängig voneinander und neigen dazu, unterschiedliche Theorien darüber, wie diese Versorgung auszusehen hat, zu entwickeln. Dazu kommt noch eine große Anzahl karitativer Organisationen, von denen jede für einige Übergangsun- und Wohnheime zuständig ist. Das Arbeitsministerium wiederum ist für die Arbeitsvermittlung an Behinderte, für Arbeitstraining und für 90 beschützende Werkstätten verantwortlich.

Somit haben wir nicht nur zu wenig komplementäre Dienste, sondern auch die vorhandenen entsprechen weder den Bedürfnissen aller Behinderter noch sind sie in einen umfassenden Gesundheitsdienst integriert. - Eine einfache Methode für eine effiziente Bedarfskontrolle ist ein Register, in dem jeder, der innerhalb eines begrenzten Gebietes sechs Monate oder länger in einer beschützenden Tages- oder Wohneinrichtung bleibt, aufgeführt wird. Ein Komitee, in dem alle wichtigen Träger von Einrichtungen aus dem entsprechenden Versorgungsbereich repräsentiert sind, könnte in regelmäßigen Abständen überprüfen, was für diese Menschen notwendig ist, damit die Versorgung auf den Bedarf abgestimmt werden kann. Probleme beim Überwechseln von einer Einrichtung in die andere, bei der Entwicklung neuer Versorgungsformen, bei der Arbeits- und Wohnungsbeschaffung, sowie der Familienhilfe könnten sämtlich erörtert werden. Die Organisation dieser Maßnahmen sollte in einer Hand liegen, damit jederzeit die neuesten Informationen eingeholt werden können. Eine optimale Rehabilitation ist die Verpflichtung, die Möglichkeiten, die Behinderten offenstehen, zu erweitern, damit alle, die dazu fähig sind, die für sie höchste Lebensqualität erreichen. In manchen Gegenden Englands werden Psychiater, die speziell für die Rehabilitation zuständig sind, an Kran-

kenhäusern und den mit ihnen kooperierenden Sozialeinrichtungen eingesetzt, damit auf diese Weise eine kontinuierliche Versorgung für chronisch Behinderte gewährleistet ist.

Invaliditätsrenten sind noch komplizierter. Wir bemühen uns um ein einheitliches Rentensystem, das sich vornehmlich auf die sozialen Folgen der Beeinträchtigung (z. B. Arbeitsunfähigkeit) stützt, und nicht so sehr auf die Art oder Ursache der Behinderung. Der Unterstützungsanspruch soll quasi gesetzlich und ohne Überprüfung der Vermögenslage bestehen (DHSS, 1974). Ich habe einige Zeit beim Lesen des „Schwerbehindertengesetzes“ und des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation verbracht und dabei wird deutlich, daß hier dieselben Ziele wie bei uns verfolgt werden, aber auch dieselben Schwierigkeiten bei der Durchführung auftreten.

Wichtig ist, daß wir uns auch fragen, warum der Ausbau komplementärer Dienste und die Integration in ein einheitliches Versorgungssystem so langsam fortschreitet. Die Hilfsvereine, die psychisch Kranke und Behinderte, sowie ihre Familien repräsentieren, sind in Großbritannien sehr aktiv und stimmkräftig, und sie haben bitter über diese Verzögerung geklagt (The National Association for Mental Health, The National Schizophrenia Fellowship, The National Society for Autistic Children, The National Society for Mentally Handicapped Children).

Zum Teil ist das Problem auf wirtschaftliche Schwierigkeiten zurückzuführen. In unser gegenwärtiges Krankenhaussystem wurde ungeheuer viel Geld investiert, und es wäre sehr teuer, würde man eine völlig neue Versorgungsstrategie realisieren. Das kann jedoch nicht alles erklären, und die Tatsache, daß in den Vereinigten Staaten und in der Bundesrepublik ähnliche Probleme bestehen, läßt noch weitere Ursachen vermuten. Eine davon ist, daß sich die öffentliche Meinung nur langsam ändert. Im Vorwort zur letzten Stellungnahme unserer Regierung schreibt der zuständige Minister: „Wir müssen uns klarmachen, daß das Tempo, in dem die gemeindenahere Versorgung eingeführt werden kann, nicht nur von den Mitteln sondern auch davon abhängt, wie schnell sich die Öffentlichkeit darauf einstellt. Die Forderungen, die die Behinderten in ihrer Gesamtheit an die Allgemeinheit stellen, dürfen nicht größer sein, als sie von der Gesellschaft verkraftet werden können (DHSS, 1975).“

Viele von uns konterten diese Aussage damit, daß es Sache des Ministers sei, die öffentliche Meinung zu beeinflussen, denn schließlich wären in den letzten 150 Jahren überhaupt keine Fortschritte gemacht worden, wenn nicht aufgeklärte Regierungen bereit gewesen wären, Maßnahmen durchzuführen, die den damals aufgenommenen Wünschen der öffentlichen Meinung etwas voraus waren.

Doch von ebenso großer Bedeutung ist die Meinung der Fachleute. Ärzte und Pflegepersonal müssen lernen, außerhalb des Krankenhauses als Ratgeber und Fachleute zu fungieren und zu erkennen, daß sie in manchen dieser Situationen nicht selbstverständlich die Teamleitung übernehmen können. Sie sollten auch versuchen, eine kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten, so daß sich dasselbe Team um einen Patienten in Krankenhaus, Übergangsheim, Wohnung und zu Hause kümmert. Sozialtheoretiker müssen erkennen, daß manche Behinderungen permanent sind und nicht durch Veränderung der Gesellschaftsstruktur verschwinden. Soziale und medizinische Aspekte der Behinderung sind so verflochten, daß es ganz unmöglich ist, sie zu trennen, um völlig verschiedene Rollen für die einzelnen auf diesem Gebiet tätigen Berufssparten festzulegen. Vielleicht werden sie eines Tages einen Teil ihrer Ausbildung gemeinsam durchlaufen. Das würde mehr als alles Übrige zur Harmonisierung ihrer Einstellung beitragen, die eine notwendige Voraussetzung für die Integration der Versorgungsleistungen ist.

Vor allem müssen die Fachleute versuchen zu verstehen, was es bedeutet, mit einer Schizophrenie oder einer geistigen Behinderung zu leben. Da jetzt die Behinderten nicht mehr ihr Leben in Institutionen verbringen, müssen sie und ihre Angehörigen darüber beraten werden, wie Schwierigkeiten abgebaut und Fähigkeiten so weit wie möglich gefördert werden können. Psychiater und Sozialarbeiter sind in solchen Beratungen, die sich deutlich von der üblichen Sozialarbeit und Psychotherapie unterscheiden, noch nicht sehr bewandert. Sie müssen ebenso wie die Patienten und deren Angehörige durch Versuch und Irrtum lernen. Selbsthilfe-Organisationen spielen bei der Ausbildung der Fachleute eine wichtige Rolle.

Eine dieser Laienorganisationen, die Nationale Schizophrenie-Gesellschaft, hat einen Gemeinwesenarbeiter eingesetzt, der zwischen einer Gruppe von Patienten und Angehörigen und den örtlichen Diensten vermitteln soll. Psychiater und Sozialarbeiter werden in die Gruppe eingeladen, um die Ziele ihrer Dienste zu erläutern und gleichzeitig zu erfahren, wie die „Verbraucher“ ihre Bemühungen einschätzen.

Ein beträchtlicher wechselseitiger Erziehungsprozeß findet statt, manchmal schmerzlich für beide Seiten, aber in der Folge werden die Dienste besser und die Erwartungen der „Verbraucher“ werden realistischer (PRIESTLEY, 1979). Sogar Patienten mit chronischer Schizophrenie können bis zu einem gewissen Grad Einsicht in ihre eigenen Unzulänglichkeiten entwickeln und dafür, welche sozialen Bedingungen für sie am günstigsten sind oder ihnen schaden (WING, 1977).

Unsere beiden Länder haben noch einen langen Weg vor sich, bevor wir sagen können, daß wir einen geeigneten Versorgungsdienst für die psychisch

Kranken und geistig Behinderten aufgebaut haben. Wir wissen, was wir tun müssen; jetzt kommt es auf unseren Willen an, das Erkrankte auch durchzuführen.

## LITERATUR

BAUER, M. (1977)

Sektorisierte Psychiatrie. Stuttgart: Enke.

Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Deutscher Bundestag Drucksache 7/4200.

BROWN, G. W., BONE, M., DALISON, B. and WING, J. K. (1966)  
Schizophrenia and Social Care. London: Oxford University Press.

CREER, C. und WING, J. K. (1977)

Der Alltag mit schizophrenen Patienten. In: Die andere Seite der Schizophrenie. Hrsg.: Katschnig, H., München: Urban und Schwarzenberg.

von CRANACH, M. und FINZEN, A. (Hrsg.) (1972)

Sozialpsychiatrische Texte. Berlin: Springer Verlag.

DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY (1974) Social Security Provision for Chronically Sick and Disabled People. London: HMSO.

DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY (1975)  
Better Services for the Mentally III. Cmnd. 6233. London: HMSO.

DILLING, H. und WEYERER, S. (1978)

Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrische Versorgung. München: Urban und Schwarzenberg.

FINZEN, A. (Hrsg.) (1974)

Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern. München: Piper.

HAFNER, H. (Hrsg.) (1978)

Psychiatrische Epidemiologie. Heidelberg: Springer Verlag.

HEWETT, S., RYAN, P. and WING, J. K. (1975) Living without mental hospitals. J. Soc. Pol., 4, 391-404.

MANN, S.A. und CREE, W. (1976)

'New' long-stay psychiatric patients: a national sample survey of fifteen mental hospitals in England and Wales 1972/1973. Psychol. Med. 6, 603-616.

OLSEN, R. (1979)

Alternative Patterns of Residential Care for the Discharged Psychiatric Patient. London: British Association of Social Workers.

PRIESTLEY, D. (1979)

Helping a self-help group. in: Community Care for the Mentally Disabled. Eds: Wing, J. K. and Olsen, R. London: Oxford University Press.

SIMON, H. (1927, 1929)

Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt.

I. Allg. Z. Psychiat. 87, 97. II. Allg. Z. Psychiat. 90, 69.

WING J. K. (Hrsg.) (1973) Frühkindlicher

Autismus. Weinheim: Beltz.

WING, J. K. (1976)

Eine praktische Grundlage für die Soziotherapie bei Schizophrenie, in: Therapie, Rehabilitation und Prävention schizophrener Erkrankungen. Hrsg: Huber, G- Stuttgart: Schattauer.

WING, J. K. (Hrsg.) (1977)

Schizophrenie in Selbstzeugnissen. In: Die andere Seite der Schizophrenie. (Hrsg.) Katschnig, H. München: Urban und Schwarzenberg.

**WING, J. K. und HAILEY, A. M. (1972)**  
Evaluating a Community Psychiatry Service. London: Oxford University Press.

WING, J. K. und HAFNER, H. (1973)  
Roots of Evaluation. London: Oxford University Press.

WING, J. K. und OLSEN, R. (Eds.) (1979)  
Community Care for the Mentally Disabled, London: Oxford University Press

## Koreferat zum Vortrag von J. K. Wing:

*H. Di Hing*

Professor Wing hat Ihnen in seinem Referat dargestellt, daß auch in den psychiatrischen Diensten Englands, einem Land, das in unseren Augen einen hohen Standard in der psychiatrischen Versorgung erreicht hat, noch ganz ähnliche Probleme auftauchen, wie wir sie hierzulande kennen.

Meine Bemerkungen zu seinem Vortrag können nur ganz unsystematisch und auf einige spezielle Aspekte bezogen sein. Um nicht zu allgemein zu sprechen, werde ich mich, wenn möglich, auf die Verhältnisse in Bayern beziehen, in der Hoffnung, daß in der Diskussion die Situation in anderen Bundesländern deutlich wird.

In den Grundprinzipien der Versorgung, nämlich Gemeindenähe, bedarfsgerechte, gut koordinierte psychiatrische Dienste mit Gleichstellung der psychiatrischen gegenüber den körperlich Kranken, stimmen wir alle überein. Kontrovers angesehen wird - übrigens seit GRIESINGER und ROLLER (PANSE, 1964) - die Frage, ob im stationären Bereich stets eine Vollversorgung anzustreben ist, d. h. die Behandlung aller Kranken durch ein vielfältig spezialisiertes Behandlungszentrum, oder, ob man, wie es beispielsweise kürzlich Herr REIMER (1978) befürwortet hat, ein integriertes System aufbauen soll, in dem auch kleinere psychiatrische Abteilungen im Allgemeinkrankenhaus Platz haben. Diese hätten dann für ihren Einzugsbereich den größten Teil der Akutversorgung zu leisten, während die spezialisierte Behandlung, beispielsweise die Therapie von Alkoholikern, im psychiatrischen Krankenhaus erfolgen würde, letztlich also die englische Lösung. Ob man nun die eine oder die andere Möglichkeit gutheißt, ohne eine Gliederung in den Akutbereich und den Bereich der chronischen Patienten wird man nicht auskommen. Entscheidende Voraussetzung für die Etablierung effizienter Bereiche für chronisch Kranke ist die Aufwertung der Arbeit mit diesen Patienten!

Läßt sich für den Akutbereich beispielsweise die Gemeindenähe einfacher realisieren, wie Erfahrungen aus den letzten Jahren an verschiedenen Stellen unseres Landes zeigen, so ist die Betreuung derjenigen chronisch Kranken unter dem Gesichtspunkt der Gemeindenähe viel schwieriger zu verwirklichen, die eine spezialisierte rehabilitative Behandlung benötigen, für die nur jeweils relativ wenige Patienten in Frage kommen. Diese therapeutischen Maßnahmen können in der Regel nicht in kleineren Einrichtungen durchgeführt werden, so daß man für diesen Bereich der Psychiatrie auf die vielfältigen Behandlungsangebote größerer Institutionen angewiesen ist. - Einen weiteren Bereich bilden die schwerkranken Pflegebedürftigen, für die in größeren Institutionen leichter Personal zur Verfügung steht.

Neben dem erwähnten rehabilitativen Mittel- oder Langzeitbereich, den man von der Leistungsintensität her dem Akutbereich gleichstellen kann, liegt es nahe, aus dem Akutbereich einen Heimbereich bzw. Behindertenbereich auszugliedern, in dem der Akzent auf möglichst selbständiges Wohnen gelegt wird, ohne den Anspruch auf eine vollständige soziale oder berufliche Wiedereingliederung.

Als Folge dieser Überlegungen wurde der Bettenschlüssel für den nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz geförderten psychiatrischen Akutbereich in Bayern auf 1.15/1 000 Einwohner verringert gegenüber früher, als man für den gesamten psychiatrischen Krankenhausbereich von einer Schlüsselzahl von 1.56 ausging. Diese verringerte Schlüsselzahl dürfte durchaus der Realität entsprechen, da laut Enquetebereich immerhin 60% aller stationär behandelten psychiatrisch Kranken zu den Langzeitpatienten über zwei Jahre gehören. So erscheint es berechtigt, etwa ein Viertel der bisherigen Betten als Heimbereich auszuweisen, in dem der Krankenhauscharakter zurücktritt. -Die Entwicklung zu niedrigeren Meßziffern für den Akutbereich ist übrigens bundesweit zu registrieren und noch nicht abgeschlossen.

Die im Heimteil des psychiatrischen Krankenhauses Aufgenommenen bedürfen weniger der intensiven ärztlichen Betreuung als vielmehr heilpädagogischer Maßnahmen, der Pflege und der sozialen Hilfe. Man hätte auf diese Weise eine Verkleinerung der großen Bezirkskrankenhäuser erreicht, ohne die Kranken, wie es in verschiedenen Teilen der Bundesrepublik geschehen ist, zum Exodus zu zwingen und womöglich in privat geführten, gewinnorientierten Heimen sich selbst zu überlassen. Voraussetzung für diese Umorientierung ist eine möglichst persönliche Gestaltung des Wohnbereichs der Patienten; architektonisch würde eine Abkehr von der Hochhausbauweise das bedeuten, wieder zurück zu überschaubaren Größen in kleineren Gebäuden (Pavillonstil!).

Unter diesen Gesichtspunkten ist aber nicht nur der Ausbau des Heimteils der Bezirkskrankenhäuser, sondern auch die Strukturverbesserung der bestehenden Langzeitheime sehr wichtig. Man hat analog dem Krankenhausfinanzierungsgesetz in den letzten Jahren sehr häufig ein Heimfinanzierungsgesetz gefordert. Ein solches Gesetz würde allerdings nicht nur die Möglichkeit, sondern häufig auch den Zwang zu bauen mit sich bringen, nämlich dann, wenn ein vorgegebener Bedarf nachgewiesen werden kann und die aufgestellten Normen betreffs Größe und baulicher Ausstattung der Einrichtung erfüllt werden. Da wir ungeachtet der minutiösen Enquetezahlen bisher aber weder den genauen Bedarf noch die idealen Baunormen kennen, sollte man sich vor zu eiliger Standardisierung hüten und die bisherige Vielfalt auch weiterhin zulassen. Hinzu kommt, daß gerade in diesem Bereich unerwünschte private

Träger auftreten könnten, die wie im KHG-Bereich bei Bedarfsnachweis unter Umständen eine Finanzierung verlangen können.

So empfiehlt es sich vielleicht, mit der Befürwortung eines Heimfinanzierungsgesetzes zurückhaltend zu sein, da bisher die verschiedenartigsten Einzelinitiativen möglich waren, die in den letzten Jahren als freiwillige Leistungen auch zunehmend durch Staat und Bezirke gefördert wurden. Inzwischen beträgt die Zahl der Pflegesätze einschließlich ungefähr ein Drittel Altenpflegebetten in Bayern etwa 40 000 und liegt damit bei 4 Promille der Bevölkerung. Die Heimgrößen variieren zwischen solchen für 6 Personen bis zu 1 400 Plätzen. - Unabhängig davon ist, wie bisher, die auf dem 1974 erlassenen Heimgesetz basierende Kontrolle der Heime erforderlich, die vor allem den ärztlichen und pflegerischen Standard garantieren soll. Oft ungenügend berücksichtigt ist die spezielle psychiatrische Betreuung. Eine ganz besondere Rolle in den Langzeiteinrichtungen spielt die Arbeitstherapie, die in vielen Fällen von stupider Gleichförmigkeit ist. Hier sollte man versuchen, die speziellen Fähigkeiten der Bewohner stärker zu berücksichtigen.

Auch unter dem Gesichtspunkt einer ökonomischen Betriebsführung, vor allem aber im Sinne der Mitbeteiligung der Bewohner, sollte man das alte Prinzip der wirtschaftlichen Autarkie nicht völlig über Bord werfen. Ich möchte an die „kolonialen Anstalten“ des letzten Jahrhunderts erinnern, in denen die Landwirtschaft den entscheidenden arbeitstherapeutischen Ansatz lieferte. Vielleicht sollte man in Zukunft bei dem Trend zur Automatisierung und Arbeitsplatzeinsparung in der Industrie für die Rehabilitation wieder auf diesen fast vergessenen lebendigen und kreativen Bereich zurückkommen, wobei auch hier durch die Mechanisierung die Möglichkeiten zunächst eingeschränkt erscheinen. Geschickt in die Wege geleitet, eröffnen sich aber durchaus Chancen für die berufliche Wiedereingliederung, vor allem aber auch für eine sinnvolle Dauertätigkeit beispielsweise im arbeitsintensiven Gartenbau oder in der Tierpflege, Möglichkeiten, die nicht nur in Langzeitheimen, sondern auch in vielen dazu ideal geeigneten psychiatrischen Krankenhäusern wiederbelebt werden könnten.

Besonderes Gewicht sollte gerade auch in der Arbeitstherapie auf die freiwillige Mitwirkung der Bewohner gelegt werden. Ansätze für Eigeninitiativen bietet ein jetzt in Bayern durchgeführter Versuch, in den Heimen, besonders auch den Altenheimen, Heimbeiräte der Bewohner ins Leben zu rufen. - Übergeordneter Grundsatz sollte bei allen Maßnahmen das Normalisierungsprinzip sein (BANKMIKKELSEN, 1974).

Eine prognostisch besonders ungünstige Gruppe von Rehabilitanden sind die aus der sozialen Unterschicht stammenden psychisch Kranken. HOLLINGS-

HEAD und REDLICH (1967) haben 1950 in New Haven bei Feststellung der Behandlungsprävalenz nachgewiesen, daß in ihrer Untersuchungspopulation mit überwiegend langjährig hospitalisierten Patienten ein weit überproportionaler Anteil - 38% - der Schicht V, also der unteren Unterschicht, angehört, verglichen mit 18% Bevölkerungsanteil. Entsprechend dem geringeren Anteil an chronischen hospitalisierten Patienten fanden sich bei unserer 1971 in Oberbayern gleichfalls an behandelten psychiatrischen Patienten durchgeführten Untersuchung nur 22% Angehörige der Schicht V gegenüber 17% in der Wohnbevölkerung (DILLING und WEYERER, 1978); in der nervenärztlichen Praxis und bei den Erstaufnahmen im psychiatrischen Krankenhaus lag der Anteil von Patienten aus der unteren Unterschicht nicht deutlich über dem Durchschnitt der Bevölkerungsverteilung, wohl aber bei den Langzeitpatienten. Die niedrigere Zahl von Patienten aus Schicht V in Oberbayern geht also auf die geringere Zahl chronisch hospitalisierter Patienten zurück und ist wahrscheinlich mitbedingt durch bessere Therapiechancen vor allem seit Einführung der modernen Psychopharmakabehandlung.

Beide Untersuchungen zeigen im Sinne von Herrn Wing, daß Rehabilitation bei den Patienten am schwierigsten ist, die auf niedrigem beruflichem Niveau stehen und die wenig soziale Bindungen, oft nicht eine einzige Bezugsperson, haben. Das Programm der sozialen Rehabilitation dieser Patienten müßte auch ein Training der verbalen Kommunikation beinhalten, die bei diesen Kranken stets ein besonderes Handikap darstellt.

Der oft nicht leicht zu bewältigende Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich sollte gesichert werden durch die Mithilfe der Angehörigen, wie schon Herr Wing betont hat, aber auch durch die Betreuung von seiten des niedergelassenen Nervenarztes. Hier liegt ein wichtiges Aufgabengebiet der sozialpsychiatrischen Dienste, die sich derzeit an einer Reihe von Orten etablieren. Nicht neue Bedürfnisse sollten diese Dienste schaffen, sondern Hilfe leisten bei der Eingliederung der schwierigsten und vielleicht auch undankbarsten psychiatrischen Patienten. Daß in jedem dieser Dienste zumindest ein vollbeschäftigter Psychiater in leitender Position tätig ist, sollte schon aufgrund ihrer Benennung selbstverständlich sein. - In der bayrischen Modellregion Oberfranken mit 4 Standardversorgungsgebieten hat sich die Aufgabe der Eingliederung in die Familien als besonders schwierig erwiesen: Es fehlt eine ausreichende fürsorgerische Betreuung der Angehörigen, die möglicherweise durch Einrichtung von Tagesstätten oder durch spezielle Werkstattangebote ergänzt werden könnte.

Läßt sich die Familie im Akutbereich viel leichter einbeziehen, da das Interesse der Angehörigen zu Beginn der Erkrankung meist noch größer ist, so sieht man sich bei den Langzeitpatienten enormen Schwierigkeiten gegenüber.

Herr v. CRANACH und seine Mitarbeiter untersuchen zur Zeit in München bei erstmalig schizophren Erkrankten die Belastung der Familien und die Möglichkeiten der sozialen Rehabilitation gemeinsam mit der Familie. In eine weitere Stufe solcher Untersuchung sollte man auch die chronisch kranken Schizophrenen einbeziehen.

Die Entscheidung, inwieweit schwer psychisch oder geistig Behinderte in der Familie leben sollen, wird letztlich stets nur individuell zu treffen sein. Es ist zu bedenken, daß sich die Angehörigen häufig durch Schuldgefühle gegenüber dem Kranken schwer belasten. Hieraus kann für die gesamte übrige Familie, vor allem auch für die Geschwister des geistig Behinderten, reaktiv ein so schweres Leiden entstehen, daß man von einer Multiplikation bezogen auf alle sprechen kann. Um derartige Entwicklungen zu verhindern, sollten die behandelnden Ärzte und Sozialarbeiter zunächst behutsam versuchen, die Familienatmosphäre genau kennenzulernen, um dann die beste Lösung für die Rehabilitation des Kranken und für das Milieu der übrigen Familie zu finden.

Auf einen weiteren Punkt aus dem Referat möchte ich noch eingehen: Herr Wing hat die Notwendigkeit der Therapieforschung und der Effektivitätskontrolle bzw. der Evaluation angesprochen und den Vorschlag gemacht, alle Patienten, die länger als ein halbes Jahr in psychiatrischer Behandlung sind, zu registrieren, um auf diese Weise einen Überblick über den Bedarf und die tatsächliche Betreuung zu erhalten. In der Bundesrepublik sind wir aufgrund unserer unglücklichen Vergangenheit vielleicht noch vorsichtiger mit Fallregistern als in England oder in Skandinavien. So wird man sich gegen eine allgemeine Erfassung solcher Patienten sträuben, dagegen sollten weiterhin, wie beispielsweise in Mannheim und zeitweilig in einem Teil von Oberbayern, alle relevanten Daten der jeweiligen psychiatrischen Patienten erfaßt und entsprechend weiter verfolgt werden. Diese Register sollten besonders gesichert sein, so daß die Anonymität der Patienten unter allen Umständen gewahrt bleibt. -Sehr energisch haben sich jetzt aber zahlreiche Ärzte und andere in der Versorgung der psychisch Kranken Tätige gegen die Absicht eines allgemeinen Bundesmeldegesetzes gewandt, in dem unter anderen Daten neben Kriminalität auch eine beträchtliche Gruppe von psychisch Kranken erfaßt werden sollen.

Ich habe zu zeigen versucht, daß wir uns intensiv um eine Verbesserung der psychiatrischen Dienste bemühen sollten. Der Weg zu einer zufriedenstellenden Versorgung ist noch lang, angefangen mit der immer noch nicht ganz beseitigten „brutalen Realität“ in den Krankenhäusern, andererseits aber glaube ich, daß wir uns vor zu viel Perfektionismus hüten sollten. Unser Versorgungssystem sollte auch stets die Lücken aufweisen, die nötig sind, um Sonderlingen, Originalen, aber auch Minderbegabten und Patienten mit chronischen

Psychosen, die die Allgemeinheit nicht bedrohen, einen gewissen Freiraum zu gewähren. Als Psychiater sollten wir uns nach wie vor als Sachverwalter des einzelnen Patienten ansehen. Bei allem Engagement für verbesserte Institutionen und Dienste dürfen wir das individuelle und nicht wiederholbare Arzt-Patienten-Verhältnis auch bei den chronisch psychisch Kranken und geistig Behinderten nicht aus dem Auge verlieren.

#### LITERATUR

BANK-MIKKELSEN, N- E.: Ein Großstadtbezirk in Dänemark: Kopenhagen. In; Kugel, R- B., Wolfensberger W. (Hrsg.): Geistig Behinderte - Eingliederung oder Bewahrung? Thieme: Stuttgart, 1974.

DILLING, H., WEYERER, S.: Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrische Versorgung. Urban & Schwarzenberg: München - Wien - Baltimore, 1978.

HOLLINGSHEAD, A. B., REDLICH, F. C.: Social Class and Mental Illness. 3. Aufl. J. Witey & Sons: New York - London - Sydney, 1967.

PANSE, F.: Das psychiatrische Krankenhauswesen. Thieme: Stuttgart, 1964.

REIMER, F.: Die Entwicklung der Reformen an psychiatrischen Krankenhäusern. **Referat, 22.5.1978, in der Psychiatrischen Klinik der Universität München.**

## Diskussion zum Vortrag von J. K. Wing (gekürzte Fassung)

*Ducho:* Herr Dilling, Sie brachten gewisse rehabilitative Maßnahmen mit der Meldepflicht zusammen. Ich hatte kürzlich ein Interview mit Staatssekretär von Schöler im Westdeutschen Rundfunk. Er sagte mir, daß diese Dokumentation lediglich für die Wahllisten bestimmt sei, für Zwangseingewiesene und Entmündigte; und er versicherte, daß die Vorlage dahingehend geändert werden soll, daß nach der Bemündigung und nach der zwangsweisen Unterbringung diese Daten wieder gelöscht würden.

Nun zu einer Information, die ich in der Nervenklinik in Köln schon einmal vorgetragen habe. Ich habe damals für die Enquete eine Pilotstudie, die 7% Schizophrene in meinem Klientel enthielt, erstellt. Die Daten haben sich bisher nicht wesentlich geändert. Aber was sich geändert hat, beleuchtet schlaglichtartig die Grenze rehabilitativer Möglichkeiten: Von den damaligen Schizophrenen, etwa 50, waren es immerhin 1/6, die nicht arbeiteten. Jetzt ist es genau umgekehrt, nur 1/6, die überhaupt noch Arbeit haben, alle anderen beziehen bereits Rente und sind überhaupt nicht zu motivieren, sich irgendwie in den Arbeitsprozeß eingliedern zu lassen.

*Picard:* Eine Bemerkung, die das Meldegesetz angeht: Wenn das von vornherein so beabsichtigt gewesen wäre, wie Sie es eben berichteten, dann frage ich mich, warum ist dieser Punkt des Gesetzentwurfes zurückgezogen und umgearbeitet worden?

*Hafner* Das Krankheitsschicksal nach bestimmten Indikatoren als auch das persönliche Schicksal chronisch psychisch Kranker mit überdauernden Behinderungen ist bis zu einem bestimmten Maße davon abhängig, ob diese Menschen Arbeit angeboten bekommen. Herr Ducho hat schon darauf hingewiesen, daß sich die Möglichkeiten, psychisch Behinderte in unserem Beschäftigungssystem unterzubringen, verändert haben: Wir haben z. B. von den Entlassenen unserer Tagesklinik 1969/70 etwa 75% in Arbeit entlassen und der restliche nicht unbeträchtliche Teil konnte in geschützten Arbeitsbedingungen untergebracht werden. Inzwischen ist dieser Anteil auf 30 bis 40% gesunken. Generell müssen wir sagen, daß durch die Arbeitslosigkeit in der Bundesrepublik die psychisch Behinderten überproportional betroffen sind. Sie werden bevorzugt entlassen, weil sie für den Arbeitgeber Risikobeschäftigte sind. Wir müssen deshalb mehr Rehabilitationsmöglichkeiten außerhalb des Krankenhauses schaffen, als noch zu Zeiten der Erstellung des Enquete-Berichtes. Wir müssen z. B. mehr Plätze in Behindertenwerkstätten anbieten, als wir damals geglaubt haben zu brauchen. Im Bericht steht zwar, daß die Kapazität der Behindertenwerkstätten durch Verlängerungen im Beschäftigtensystem

mitbestimmt wird. Gegenwärtig ist die Situation jedoch so, daß, von einigen Orten abgesehen, in der Regel für die wenigen Plätze in Behindertenwerkstätten lange Wartezeiten bestehen. Wir werden gezwungen sein, doppelt bis dreimal so viele Plätze anzubieten, und wir sind außerdem gezwungen, eine größere Vielfalt an Beschäftigungen anzubieten, als es bisher in vielen beschützten Werkstätten der Fall gewesen ist. Das hat natürlich auch gewisse Rückwirkungen auf die Größe. Aus vielen Gründen wollen wir keine sehr großen Einheiten. Darüber sind besonders in Großbritannien Erfahrungen gemacht worden. Wir können aber mit sehr kleinen Einheiten auch nicht arbeiten, da dann nicht mehr die Möglichkeiten bestehen, mehrere Situationen anzubieten.

*v. Zerßen:* Ich möchte auf eine Rehabilitationsform aufmerksam machen, die leider gern vergessen wird, und das ist die Familienpflege. Daß in dem umfangreichen Enquete-Bericht so wenig darüber steht, insbesondere auch über die für ihre Realisierung zu schaffenden juristischen Voraussetzungen, halte ich für einen Nachteil. Die Familienpflege wird bei uns im allgemeinen mit dem Argument abgelehnt, daß sie sich nicht bewährt habe. Es wird auf Ausbeutung von Patienten verwiesen. Doch auch die Verhältnisse in der Familienpflege kann man verbessern, und man kann sich dazu bei unseren Nachbarn in Frankreich, in Holland und in der Schweiz umsehen.

*Dörner:* Ich möchte mich dem, was Herr v. Zerßen sagte, anschließen. An die beiden Referenten, Herrn Wing und Herrn Dilling, die Frage, ob wir uns darauf einigen könnten, daß in der Enquete bei der Beschreibung der rehabilitativen Einrichtungen - und speziell hier der Übergangsheime und neben dem, was wir mit dem Stichwort Familienpflege gesagt haben - eigentlich auch noch stehen müßte, daß eine Arbeit in Übergangsheimen zwei Dinge braucht: Einmal für die Patienten, die noch eine Familie haben, die Arbeit mit den Angehörigen. Eine Familienarbeit als Voraussetzung dafür, daß das Heim nicht die letzte Etappe ist. Und zum anderen für die Patienten, die keine Familie haben, die einsam und alleinstehend sind, ist ein Übergangsheim eigentlich unvollständig, wenn es nicht gleichzeitig auch die Möglichkeit hat, diese Patienten in Wohngruppen unterzubringen und zu betreuen, dies entweder als Alternative zum Übergangsheim oder als Anschluß an einen Aufenthalt im Übergangsheim. Ich meine, daß diese beiden Elemente einfach dazugehören, damit nicht das Heim für uns in ähnlicher Weise eine Institution wird, wie das Krankenhaus es ist.

Noch zwei Fragen an Herrn Wing: Gibt es für die von Ihnen genannte teilweise gemeinsame Berufsausbildung der in der Psychiatrie Tätigen schon Ansätze in England? Wie weit sind in England Ansätze in der Forschung vorhanden, die für die Überlegung, daß die Fachleute zu lernen haben, wie Behinderte eigentlich in der Gemeinde, in der Familie oder sonstwo leben, wichtig wären?

*Eiermann:* Zum Wahlrecht und dem Meldegesetz möchte ich bemerken: Ich glaube nicht, daß die Registrierung des psychisch Kranken reiner Zufall ist, sondern eine Unachtsamkeit des Gesetzgebers.

Ich weise hier besonders auf § 13 des Bundeswahlgesetzes hin, wo unter Ziffer 1, 2 und 3 nichts anderes steht, als daß einer, der zufällig nach dem Landesunterbringungsgesetz in einem psychiatrischen Krankenhaus ist, auch damit automatisch das Wahlrecht verloren hat. Ich halte diesen Zustand für ganz unmöglich. Es ist notwendig, daß der § 13 des Bundeswahlgesetzes dahingehend geändert wird, daß eben nur der Richter nach Maßgabe des Einzelfalles entscheiden kann und muß, ob das Wahlrecht entzogen wird oder nicht. Vor allem, wenn man bedenkt, daß die Differenzen, ob jemand mit dem Landesunterbringungsgesetz untergebracht wird, von Land zu Land groß sind. In einigen Ländern sind es über 50-60%, in anderen Ländern, wo das über Vormundschaft geschieht, gilt der § 13 nicht, da sind es nur 7 oder 10%.

Dann zum Bundeszentralregistergesetz, dessen § 13 erst vor einigen Jahren (1976) gestrichen wurde. Damit werden die neuen Fälle nicht mehr eingetragen, aber die sog. „Altfälle“, nämlich alle die, die - bis das Gesetz in Kraft trat - registriert wurden, stehen nach wie vor drin, und erst in diesen Tagen ist die Weisung ergangen, daß auch sie gelöscht werden sollen.

Erst beim Entwurf eines Gesetzes über das Meldewesen mit den berühmten 200 Fragen hat man gemerkt, daß man psychisch Kranke wohl nicht mit Verbrechern gleichsetzen kann. Ich wäre Ihnen dankbar, soweit Sie an der Gesetzgebung mitwirken, diesen Dingen besondere Beachtung zu schenken, denn es geht hier um mehr als nur Zufälligkeiten. Wenn man die Formulierungen liest, scheint es, daß einige Juristen absichtlich die Unterschiede zwischen einem Verbrecher und einem psychisch Kranken nicht wahrhaben wollen oder zumindest nicht deutlich erkennen.

Dann zum Halbierungserlaß, der seit vielen Jahren gestrichen werden soll. Der zuständige Staatssekretär hat vor dem Deutschen Bundestag -zumindest laut Protokoll - gesagt, daß es diesen Erlaß eigentlich nicht mehr gibt. Aber wir haben uns in der Praxis bis heute noch mit der Frage herumzuschlagen, wieviel denn über die RVO-Kassen als Anteil vom Selbstkostenblatt zu bekommen ist. Dieses Problem ist je nach Land sehr verschieden. Wir müssen dahinkommen, daß wir für unsere psychisch Kranken die vollen Kosten erstattet kriegen. Dann erst dürfen wir auch in unseren Krankenhäusern nur psychisch Kranke haben, denn wir können nicht erwarten, daß die Krankenkassen sich außerhalb des RVO-Rechts stellen. Wir dürfen nicht glauben, daß unsere Kraft zur Verwirklichung der Enquete ausreicht, die psychiatrischen Krankenhäuser, so wie wir sie aus der Vergangenheit übernommen haben und weiterführen,

nun auch mit dem RVO-Recht in Einklang zu bringen sind, sondern wir werden das institutionell trennen müssen. Wir müssen da ansetzen, daß wir eben neben den psychiatrischen Krankenhäusern - wenn wir sie schon haben, und nicht in der Lage sind, dies in absehbarer Zeit gründlich zu ändern - ein Pflegeheim, ein Übergangsheim oder ein Altenheim haben, in dem auch die begleitende psychiatrische Behandlung durchgeführt werden kann. Wir können uns m. E. einen solchen Kosten-Misch-Masch nicht erlauben, so einen „gesammelten vereinigten Pflegesatz“, der von Hotellerie bis zur intensivpflege alles abdeckt. Ich halte das für einen der wichtigsten Gründe, warum wir in der Frage der Verwirklichung der Enquete so langsam vorwärtskommen.

*Wing:* Eine langjährige Untersuchung der Heidelberger Bevölkerung ergab, daß nach einem Zeitraum von 16 Jahren 35% der ursprünglichen Erstaufnahmen sozial wieder eingegliedert waren. Direkt nach dem 2. Weltkrieg wurde in England während der Insulin-Aera eine fünfjährige Untersuchung durchgeführt, die 45% Rehabilitierte feststellte. Die neueste Studie in England zeigt 50-60% soziale Wiedereingliederungen. Sicherlich hat es eine Verbesserung des Behandlungserfolges im Laufe der Jahre gegeben, aber es bleiben die 40%, die sozial nicht wiedereingegliedert werden, von denen wir hier reden. Sie sind ein großes Problem.

Seit Einführung der neuen Behandlungsweise Mitte der fünfziger Jahre hat sich die Situation in den Institutionen sehr verbessert, aber dieser Verbesserung war wesentlich klarer und offensichtlicher als heute. Der Grund dafür war, daß wir damals Schäden wiedergutmachten, die wir ihnen vorher innerhalb der Institutionen zugefügt hatten. Aber heute sind sowieso die meisten Institutionen in England - und ich würde annehmen auch hier-wirklich ziemlich gut. Die Institutionen haben die soziale Behandlungsweise übernommen und bieten eine Umgebung an, die anregend und reich an sozialen Kontakten ist. Sie trägt nicht viel zu den Behinderungen der Patienten bei, was bedeutet, daß das Ausmaß der Behinderung auf ein Minimum gebracht worden ist, das nur sehr schwer weiter reduziert werden kann.

Wenn nun solche Leute außerhalb der Krankenhäuser in der Gesellschaft leben sollen, dann heißt das, daß man Alternativen anbieten muß, die ihnen außerhalb des Krankenhauses dasselbe bieten, wie im Krankenhaus. Das heißt, daß man Einrichtungen schaffen muß, wo diese Menschen leben können, u. a. die Familienpflege, die wir in England mit „boding-out“ bezeichnen. Außerdem schließt es verschiedene Formen von Heimen und Übergangsheimen ein, aber auch Wohngruppen. Letztere erinnern sehr an unsere „group-homes,“ die in erster Linie für solche Menschen bestimmt sind, die für sich selbst sorgen können, aber die noch ein gewisses Maß an Schutz benötigen. Bei sehr sorgfältiger Vorbereitung kann man eine solche Gruppe innerhalb

des Krankenhauses aufbauen und sie dann in einem Haus außerhalb unterbringen, wo sie nur relativ wenig beaufsichtigt wird. Sie brauchen darüber hinaus nicht nur eine Vielfalt von Wohnstätten, sondern auch von Werkstätten, und hier unterscheide ich zwischen „Tagesklinik“ und „Tageszentrum“. Tageszentren sollten ausnahmslos Werkstätten sein. Der Einzelne sollte dort wenigstens etwas verdienen, damit er das Gefühl hat, Teil der Gesellschaft zu sein, und es sollte ihm die Verantwortung geben, die er akzeptieren kann. Und das wäre ein Schritt zur Normalisierung. Ich denke jedoch, daß unser Wohlfahrtssystem, unser Rentensystem einer angemessenen Bezahlung im Wege steht - ich glaube, Sie haben hier die gleichen Probleme - denn sobald eine Person anfängt zu verdienen, werden seine Wohlfahrtsbezüge gekürzt und das ist eine äußerst komplizierte Situation.

Es ist völlig richtig, daß Sie unterscheiden zwischen solchen Personen, die in ihren Familien leben; solchen, die zwar eine Familie haben, aber nicht bei ihnen leben können und solchen, die überhaupt keine Familie haben. Diejenigen, die in ihren Familien leben, besonders Schizophrene, sind im allgemeinen ziemlich alt, um die vierzig oder fünfzig Jahre und sie leben bei Eltern, die in den Sechzigern und Siebzigern sind. Die Hauptsorge der Eltern - abgesehen vom Verhalten der Patienten, mit dem sie inzwischen gelernt haben umzugehen - ist „Was geschieht, wenn ich sterbe?“. Der Begründer des National Schizophrenia Fellowship in England, der selbst einen schizophrenen Sohn hatte, nannte dies das „WIAG - Syndrom“, das „when-I-am-gone-Syndrom“ (Wenn ich gestorben bin).

Zum Schluß eine Frage zur Ausbildung der Gemeindepflege. Ich fürchte, daß gerade das Anleiten der Familien und Patienten, wie sie mit den Behinderungen leben können, noch vorwiegend im Bereich der Forschung liegt. Es ist nicht Teil der Ausbildung der meisten Ärzte, Schwestern und Sozialarbeiter, sondern diese Dinge lernen sie nur durch Erfahrung. Immer häufiger werden Zusammenschlüsse von Angehörigen psychisch Kranker, die von den Angehörigen selbst und nicht von Spezialisten organisiert werden. Bei dieser Entwicklung werden wir bald in der Lage sein, eine geregelte Ausbildung für diesen sehr wichtigen Teil der Familienberatung anzubieten.

**Dilling:** Ich fand die Bemerkung von Herrn Eiermann zu dem Problem der Meldung von psychisch Kranken sehr wichtig. Hier ist ja auch eine Aufgabe der AKTION PSYCHISCH KRANKE, die jeweiligen Gesetzesinitiativen, die wir an der Peripherie gar nicht so bemerken, zu beobachten und entsprechende Schritte zu unternehmen und uns u. U. auch Hinweise zu geben, was man machen kann, daß die Patienten möglichst wenig in die Gesetzesmühlen hineinkommen.

Herr v. Zerssen hatte von der Familienpflege gesprochen. Voraussetzung ist eine gute Organisation, in Norwegen besteht kein sehr effizientes System, und es existieren immer weniger Plätze. In Holland ist eine Familienpflege mit sehr intensiver Betreuung der Pflegefamilien aufgebaut worden; zusätzlich werden die Patienten psychiatrisch und sozial betreut und haben Kontakt untereinander. Schwestern, Pfleger und Sozialarbeiter kümmern sich um das Ganze, und was ich in Appeldorn sah, war fast schon perfekt. - Bemerkenswerterweise kam es in den Straßen, in denen bereits psychisch Kranke in den Familien lebten, oft dazu, daß die Nachbarn sagten, das wollen wir auch. So leben in bestimmten Wohngebieten besonders viele Patienten in Pflegefamilien. -Wenn sich bei uns dafür Initiativen finden würden, wäre die Familienpflege eine große Bereicherung unserer rehabilitativen Möglichkeiten.

Mit Herrn Dörner würde ich sagen, daß wir kein statisches System von Heimen schaffen sollten, sondern daß man natürlich versuchen sollte, soweit als irgend möglich, die Patienten in Wohngemeinschaften und in Wohngruppen und schließlich auch in eigenen Wohnungen zu rehabilitieren.

Ein Problem sind die Werkstätten für Behinderte. In ihnen muß unter den gegenwärtigen Bedingungen ein bestimmter Leistungsanspruch erfüllt werden, dem viele Patienten nicht genügen. Gerade bei Patienten mit Psychosen, deren Leistung je nach ihrem psychischen Zustand stark variiert, ist dann die Anerkennung der Werkstätte in Frage gestellt. So fehlen uns Werkstätten, in denen unsere ambulanten Patienten nach der Klinikentlassung zunächst während einer Trainingsperiode arbeiten können, ohne daß überhöhter Leistungsdruck ausgeübt wird. Für die Behindertenwerkstätte, mit der wir zusammenarbeiten, muß die Vermittlung über das Arbeitsamt laufen, womit eine Begutachtung der Patienten verbunden ist. Dieser formale Weg läßt ein zunächst informelles Beschäftigungsverhältnis nicht zu. - Eine alternative Möglichkeit wäre, in der Klinik selbst gewisse Produktionsgruppen aufzubauen, wobei dann der Arbeitstherapeut eigene Initiative entwickeln könnte. Damit wäre auch das Suchen von Aufträgen in den Betrieben nicht mehr notwendig, das bei schlechter Auftragslage immer wieder mit Absagen verbunden ist.

*Meyer:* Ein sehr charakteristisches Beispiel hierzu: Ein Elternteil oder beide leben noch, der Schizophrene ist vielleicht 5 oder 8 Jahre krank, er lebt zu Hause. Arbeit ist nicht möglich bis auf Mithilfe bei der Gartenarbeit. Seine Lebensgewohnheiten sind ein wenig sonderbar, aber die Beziehung zwischen den Eltern und ihm ist offenbar auch für den Kranken relativ erträglich. Sein Schicksal wird es wahrscheinlich sein, daß er im Moment, wo seine Eltern sterben, für immer hospitalisiert werden muß. Wenn das vorauszusehen ist, läßt es sich nicht durch eine aktiv eingreifende Rehabilitation abwenden?

*Wing:* Ich glaube, daß durch ein gemeinsames Altwerden Patienten, Angehörige oder ein Elternteil auf die Dauer eine Art Gleichgewicht erreichen, wodurch sehr häufig ein relativ zufriedenstellender Zustand erreicht wird. Anfangs erleben sie stürmische Zeiten, erreichen dann jenes Gleichgewicht und schließlich brauchen sie sich gegenseitig. Und der schizophrene Patient kann z. B. im Garten helfen, Einkaufen gehen und dem alten Menschen ein Gefährte sein. Aber wenn die alten Angehörigen sterben, ergibt sich eine sehr schwierige Situation. Sie ähnelt dem Problem der geistig Behinderten, die sehr oft bei ihren Familien leben, bis ihre Eltern sterben und von diesem Zeitpunkt an stationär untergebracht werden müssen. Aber zumindest in England kommen sie selten in ein Krankenhaus, sondern in ein Heim, welches -wohl ähnlich den Wohngruppen hier - nicht sehr groß sein muß und nach dem Prinzip einer Hausgemeinschaft aufgebaut ist. Ich glaube, daß Wohngruppen die Antwort für diese Gruppe von psychisch Kranken sein könnten. Man kann also etwas dagegen tun, falls man über genügend Einrichtungen verfügt. Auch wenn es in der Gegend eine Wohngemeinschaft oder ein Heim, in dem sie beaufsichtigt werden, gibt, so könnten sie dort untergebracht werden, ehe die Eltern sterben. Anfangs halten sie sich dort vielleicht nur in den Ferien auf, dann vielleicht übers Wochenende, danach vielleicht für einige Wochen, später kommen sie zum Wochenende nach Hause und allmählich gewöhnen sie sich an die neue Umgebung bevor die alten Angehörigen sterben. Dies bedeutet natürlich, daß die Situation früh genug erkannt wird und eine große Zahl entsprechender Einrichtungen existieren müssen. Nicht, daß ich skeptisch gegenüber der Gemeindepflege bin, außer insoweit, als wir wesentlich mehr Einrichtungen brauchen als uns im Moment zur Verfügung stehen, und ich kann mir nicht vorstellen, wo das Geld herkommen soll. Wenn diese Leute jedoch nicht in Heimen untergebracht werden können, müssen sie zurück ins Krankenhaus.

*Ernst:* Herr v. Zerssen hat unsere Institution der Familienpflege angesprochen. Sie umfaßt 230 Plätze für einen Kanton von 1 Million Einwohnern, also ein nur relativ großes Angebot. Die Familienpflege ist wohl gleichzeitig der älteste und der modernste Zweig der Sozialpsychiatrie. Wenn die nötige Supervision gewährleistet ist, dann ist das Ausbeutungsproblem zu bewältigen. Es kommt dann nur alle paar Jahre vor, daß man einschreiten muß. Aber in vielen Situationen braucht die Pflegefamilie eine Aussprachemöglichkeit. Wenn sie ihre Sympathie zu den oft schwierigen Patienten behalten soll, dann muß sie sich entlasten können. Sie braucht also den Rückhalt einer zentralen Stelle.

*Ricard:* Ich möchte eine Bemerkung zu Herrn Eiermann machen: Es ist außerordentlich schwierig, ein Wahlgesetz zu verändern. Da gibt es zwar so etwas wie eine Zusage. Ich persönlich habe aber Zweifel, daß wir das in dieser Legislaturperiode noch schaffen werden.

# Eindämmung der Suchtkrankheiten: Nützen primärpräventive Gesetze?

*K. Ernst*

Der über 1 600 Seiten starke Bericht an den Bundestag über „Die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ ist ein psychiatriegeschichtlich einzigartiges Werk, Allein über die verschiedenen Suchtkrankheiten und die Maßnahmen und Institutionen zu ihrer Vorbeugung und Behandlung finden sich auf insgesamt 124 Seiten die wesentlichen Befunde, Überlegungen und Empfehlungen zusammengefaßt. Deshalb kann es hier nicht darum gehen, alle dort behandelten Themen zu berühren. Vielmehr habe ich es vorgezogen, mich beim Durcharbeiten auf eine einzige, gesundheitspolitisch besonders bedeutungsvolle Frage zu konzentrieren. Sie lautet: *„Wie wichtig sind im Urteil der Enquete die gesetzlichen Maßnahmen, die die Zugänglichkeit der legalen Suchtmittel einschränken?“*

Die Antwort, die sich nach Abschluß der Lektüre ergab, findet sich auf Seite 269 der Enquete. Es heißt dort: „Die Überwachung und Einschränkung der Versorgungswege und der Verbreitung eines Suchtmittels stellen also eine Möglichkeit der Prävention dar, mit der die Gefährdung zumindest vermindert werden kann“. Dieser Satz wird aber nicht näher belegt. Im Folgenden soll versucht werden, dies zu tun; und zwar vor allem für die „Droge Nr. 1“, den Alkohol. Es handelt sich gleichzeitig um ein Gebiet, auf dem man, wie Sie sehen werden, als Schweizer einen Beitrag zu liefern hat. -Zunächst bleibt aber eine Vorfrage zu klären:

## **1. Wie mißt man Elend?**

Um Elend nämlich und nicht um bloß rechnerisch spürbare volkswirtschaftliche Verluste geht es beim psychischen, körperlichen und sozialen Leiden der Alkoholabhängigen, bei der Verzweiflung ihrer Ehepartner und der Angst ihrer Kinder, bei jenen Suchtfolgen also, denen wir als Psychiater täglich, und Sie in Ihrem Bekanntenkreis immer noch häufig genug begegnen - häufig genug, obgleich Suchtkranke und ihre Angehörigen alles daran setzen, ihr Unglück diskret vor unseren Blicken abzuschirmen.

Ein solches Elend kann man nicht messen. Man kann aber sogenannte Indikatoren bestimmen, die sich zählen lassen, weil sie aus umschreibbaren Ereignissen bestehen. Dazu gehören z. B. die Todesfälle an Leberzirrhose, die psychiatrischen Krankenhausaufnahmen wegen Delirium tremens und wegen anderer psychischer Alkoholkrankheiten sowie die gerichtlichen Urteile über Unfälle und Straftaten in angetrunkenem Zustand. Alle diese Dinge sind, wie

die Spitzen des Eisberges, nicht der Eisberg selber, aber sie hängen mit ihm zusammen, weisen auf ihn hin und heißen darum Indikatoren.

Daß der Eisberg selber in der Schweiz ungeheure Dimensionen erreicht, wissen wir aus Feldstudien (WYSS, 1956, CALPINI, 1961, GUNTERN, 1975). Man muß bei uns mit mindestens 2% direkt und schwer Alkoholgeschädigten in der Gesamtbevölkerung rechnen. Unter den erwachsenen Männern dürften es über 5% sein. Mit ihren Familienangehörigen sind es noch etwa dreimal mehr persönlich betroffene Menschen. Seit dem letzten Weltkrieg hat der Pro-Kopf-Konsum an reinem Alkohol bei uns um etwa 40% zugenommen (MUSTER, 1976, SCHWEIZERISCHE FACHSTELLE FÜR ALKOHOLPROBLEME, 1978). Man weiß aber, daß die wesentlichsten Alkoholschäden nicht bloß proportional, sondern etwa quadratisch, also weit überproportional, mit dem globalen Alkoholkonsum einer Bevölkerung zunehmen (BÄTTIG, 1969, WHOJ973).

Die Bundesrepublik Deutschland hat uns nach den Zahlen der soeben zitierten Fachstudie in Lausanne zwischen 1966 und 1970 im Pro-Kopf-Konsum überholt. Dementsprechend dürfte ihre Schadenprozentkurve die unsere geschnitten haben. Bedenklich ist auch der steile Anstieg gewisser besonders schwerer, invalidisierender Alkohol-Hirnschäden, wie er in neurologischen Kliniken Hollands festgestellt worden ist (ENDTZ, 1976). Das Beispiel ist nur eines unter zahllosen, die den weltweiten Anstieg der Alkoholschäden anzeigen. Diese Entwicklung kommt vor allem daher, daß die Kaufkraft der Bevölkerung der Preisgestaltung der Alkoholika davongeeilt ist. - Im Folgenden wird es um die Frage gehen, ob dieser Satz stimmt oder nicht.

## **2. Die Schweizerische Alkoholgesetzgebung von 1885**

Die Schweiz besitzt im Art. 32 - bis ihrer Bundesverfassung ein staatskundliches Unikum. In 45 Zeilen, über eine ganze Seite hinweg, wird in neun Absätzen ein kompliziertes Arsenal von Bestimmungen aufgebaut, die den Verbrauch von Branntwein drosseln sollen. Daß ein nationales Grundgesetz, das sich sonst zu den übergeordneten Menschen rechte seiner Bürger vernehmen läßt, hier nicht nur eine Spezialsteuer wie die Branntweinbelastung regelt, sondern sich auch noch um solche Details kümmert wie um den Ankauf von privaten Brennapparaten durch den Bund oder um die Abfallverwertung des Obst- und Zuckerrübenbaus, muß auf einen staatsrechtlich sensiblen Leser fast peinlich wirken. - Man versteht diesen Verfassungsartikel des späten 19. Jahrhunderts nur auf seinem historischen Hintergrund. Dieser Hintergrund bestand im damaligen Kartoffelschnaps-Elend und in den dorther rührenden harten gesundheitspolitischen, gewerblichen und fiskalischen Kämpfen (STEIGER, 1971).

Der Schlußabsatz dieses umfangreichen Verfassungsartikels bestimmt heute Folgendes: die Kantone haben 10 Prozent der ihnen vom Bund zugeteilten

Hälfte der Reineinnahmen aus der Branntweinbesteuerung zur Bekämpfung des Alkoholismus in seinen Ursachen und Wirkungen zu verwenden. Der Bund selber leistet aus der anderen Hälfte (gemäß Art. 34 quater Abs. 2 Buchstabe b) an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung einen Beitrag. -Auf diesen Schlußabsatz, dem eine Art Wiedergutmachungsimpuls zugrunde liegt, werde ich später noch einmal zurückkommen.

### **3. Hat sich diese Alkoholgesetzgebung seither bewährt?**

Der unmittelbare Nutzen des neuen Alkoholartikels in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts wird zwar von kundiger Seite bezeugt (SCHAFFNER/ SCHMID, 1966, S. 5). Die Unterlagen sind aber schwierig zu überprüfen. Besser steht es mit den späteren fiskalischen Maßnahmen, die auf dem erwähnten Artikel beruhen. Dies zeigen drei Dissertationen unserer Klinik (GESER, 1944, CORAY, 1952, CATHOMAS, 1960). Sie untersuchten den Indikator der Delirhäufigkeit unter den Aufnahmen von vier psychiatrischen Kliniken 1919 bis 1956. Es zeigt sich, daß die jährlichen Zahlen der Delirien, absolut wie gemessen an den Gesamt-Aufnahmeziffern, unmittelbar im Anschluß an eine spürbare (aber nicht einmal drastische) Erhöhung der Branntweinsteuer 1930 bis 1932 auf die Hälfte sanken. Und unmittelbar nach der Aufhebung einer Schnapskontingentierung im Jahre 1946 stiegen sie wieder aufs Doppelte.

Gegen diesen optisch evidenten Kausalzusammenhang kann man einwenden, daß die beiden Maßnahmen in wirtschaftlich bewegte Zeiten fielen, in denen sich auch anderes änderte als die Schnapspreise. Das stimmt zweifellos. Aber die Schärfe der Kurvenknickungen bleibt doch eindrucksvoll. Sie läßt sich durch die viel allmählicher verlaufenden übrigen wirtschaftlichen Schwankungen nicht erklären.

Man glaubt diese Zusammenhänge eher, wenn man mit ZURBRÜGG (1976) feststellt, daß sich auch noch in den beiden letzten Jahrzehnten die stufenweisen Erhöhungen der Alkoholsteuern jeweils in einer vorübergehenden Abflachung des allgemeinen Alkoholkonsumanstiegs spiegelten - und dies, obwohl die fiskalischen Schutzmaßnahmen recht zaghaft anmuten. Man erhält hier ganz ausgesprochen den Eindruck einer nachgiebigen Elastizität bzw. einer hohen Preisempfindlichkeit des Alkoholmarktes. Dennoch würde ich es nicht wagen, aus den inländischen Erfahrungen allein international gültige Gesetzmäßigkeiten abzuleiten.

### **4. Erfahrungen in anderen Ländern**

Von LEDERMANN (1964) aus Paris stammt die klassische Kurve der Zirrhose-Mortalität mit ihren beiden dramatischen Senkungen auf ein Drittel bzw. ein Sechstel während der beiden Weltkriege. Derselbe Autor hat auch die Kurve des sog. Zirrhose-Mortalitäts-Überschusses der Männer im Vergleich zu den

Frauen über die Kurve des Bier-Gesamtkonsums in Bayern 1870 bis 1910 gezeichnet. Er erhielt auf diese Weise eine Übereinstimmung, deren Präzision im Detail fast unglaublich wirkt.

Man hat eingewendet, daß hier schon deswegen eine Täuschung vorliegen müsse, weil die Entwicklung einer Leberzirrhose Jahre brauche. Das Letztere ist zwar richtig; aber zur tödlichen Dekompensation einer jahrelang vorbestehenden Leberzirrhose infolge eines Konsumanstiegs - und um den geht es hier - braucht es natürlich nicht Jahre. Entsprechende Kurvenpaare hat Ledermann überdies für Italien, Schweden und Dänemark erstellt und ähnliche Parallelverläufe gefunden (nach BRUUN, 1975) - ebenso wie DUDLE (1976) für die Schweiz.

Diese Kurven beweisen nun allerdings noch nicht den Effekt von Alkoholgesetzen, sondern zunächst nur den Effekt des Gesamtkonsums einer Bevölkerung auf gewisse Schadenindikatoren. Der Zusammenhang ist plausibel, wenn man daran denkt, daß die Verteilung der Trinkmengen in einer Bevölkerung immer eine sog. „logarithmische Normalkurve“ bildet (LEDERMANN, 1956, DE LINDT und SCHMIDT, 1968, 1971, WÜTHRICH, 1976) - zu deutsch: Viele trinken wenig, wenige trinken viel. - Nimmt der Gesamtkonsum ab, so vermindert sich mit ihm auch die Zahl der schweren Trinker, die sich vorher in ihrer persönlichen Schadenzone bewegt haben.

So unwahrscheinlich dies unvoreingenommenen Bürgern erscheint, so zeigen doch die erwähnten wie die folgenden Befunde, daß schwere Trinker im allgemeinen keineswegs im bisherigen Ausmaß weitertrinken, wenn der Alkohol teurer wird, sondern daß sich die Änderungen in der allgemeinen Zugänglichkeit des Alkohols ausgerechnet bei den schwerstgefährdeten Konsumenten in den Änderungen ihres Trinkverhaltens spiegelt - im krassen Gegensatz zur landläufigen Vorstellung über das angebotresistente Wesen der Suchtkrankheiten.

Eine nachweisbare Wirkung verkaufsdrosselnder Maßnahmen war z. B. die 4,6fache Alkoholkonsumabnahme in Dänemark 1917, die sofort eine 16fache („Quadratregel“) Delirabnahme und eine etwa 8fache Abnahme der alkoholbedingten Todesfälle zur Folge hatte - ein Effekt, der dann jahrzehntelang anhielt (NIELSEN, 1965, 1969). Gleichsinnig reagierten damals auch die Raten von Verhaftungen, Gewaltverbrechen und Sexualdelikten.

Neueren Datums sind Erfahrungen, die in den USA (DOUGLASS/FILKINS, 1974) und in Kanada (SCHMIDT/KORN ACZEWSKI, 1975) mit der Herabsetzung des „Alkoholschutzalters“ Jugendlicher - z. B. von 21 auf 18 Jahre - gemacht wurden (ausführlichere Literaturübersicht bei COHEN, 1978). Die Erhe-

bungen ergaben einen sofortigen und dann anhaltenden Anstieg der alkoholbedingten Verkehrsunfälle um 88 bis über 300% bei den betreffenden Altersgruppen im Anschluß an die liberaleren Ausschankvorschriften. Diese Resultate sind in zweierlei Hinsicht bemerkenswert: Einmal zeigen sie, daß sogar bremsende Maßnahmen, die gar nicht die Preise betreffen und die besonders leicht umgangen werden können, wirksam sind - offenbar, weil die Mühe der Umgehung im Alltag meist nicht als lohnend empfunden wird. Und zweitens beweisen sie, daß auch unter heutigen Verhältnissen und gegenüber einem modernen Zielpublikum der Abbau konsumerschwerender Maßnahmen ungünstige Folgen zeitigen kann.

Ganz analog waren die Erfahrungen schon 1955 in Schweden (HERNER, 1972), als die persönliche Alkoholrationierung abgeschafft wurde. Die Liberalisierungsmaßnahme trug dem Land sogleich eine Zunahme der Delirien um das Fünffache und einen Anstieg der Alkoholismus-Aufnahmen in den psychiatrischen Kliniken um mehr als das Doppelte ein. Dabei konnte schon vorher jeder, der es ernstlich wollte, die Rationierungsvorschrift umgehen.

Entsprechend verliefen im selben Land 1963 (AMARK/HERNER, 1963) wie auch in Finnland 1972 (MÄKELÄ, 1974) die „Spontanexperimente“ von Alkoholverkauf-Streiks. In beiden Fällen resultierte nur eine mäßige Erschwerung der faktischen Alkoholerhältlichkeit, in beiden Fällen aber sanken und stiegen die Alkoholschäden prompt mit Beginn und Ende der Streiks - im finnischen Fall z. B. in Bezug auf Indikatoren wie Polizeiarreste, schwere Gewalttaten und chirurgische Unfall-Notfälle. Während beider Streiks haben übrigens gezielte Untersuchungen an Stichproben von Konsumenten - also nicht bloß an massenstatistischen Daten - erneut gezeigt, daß die schweren Trinker, entgegen allen populären Voraussagen, während der Perioden der Alkoholverknappung ihren Konsum verhältnismäßig stärker einschränkten als die mäßigen Konsumenten (BJERVER/NERI, 1965).

Das paßt durchaus zu der neueren Erkenntnis, daß selbst schwerkranke, bereits psychiatrisch behandlungsbedürftige Alkoholiker sich in späteren Jahren nicht selten „von selber“ auf einem mäßigen Konsumniveau zu halten vermögen (CIOMPI, 1971, ARMOR, 1976, ORFORD, 1978). Es sei gleich beigefügt, daß man deswegen nicht darauf zu verzichten braucht, für den Alkoholkranken grundsätzlich die Totalabstinenz anzustreben. Die erwähnten Nachuntersuchungen zeigten lediglich, daß Suchtgewohnheiten auch in schwersten Fällen nicht etwas Starres, Unabänderliches und Angebotresistentes sind. Auch die Dauer des vorbestehenden Alkoholismus scheint für die Prognose weniger ausschlaggebend zu sein als dies oft angenommen wird (MC GANGE, 1969).

## 5. Wie schlüssig sind die epidemiologischen Forschungsergebnisse?

Es dürfte an dieser Stelle angezeigt sein, einen Moment innezuhalten. Was ich Ihnen nämlich bisher vorgetragen habe, klingt auffallend einseitig. Es ist zu fragen, wie die vorgelegten Ergebnisse zustande gekommen sind, ob sie einer harten methodischen Kritik standhalten und was sie letzten Endes beweisen.

Tatsächlich müssen sich wohl alle einzelnen zitierten Untersuchungen kritische Einwände gefallen lassen. Ein Teil davon wurde bereits diskutiert. Außerdem hat man den kurzfristigen Studien (wie z. B. den prospektiven Begleitungen von Alkoholstreiks durch ein Forscherteam) ihre Kurzfristigkeit und damit ihre gesundheitspolitische Irrelevanz vorgeworfen und den langfristigen (wie z. B. den dänischen und schweizerischen Erfahrungen) ihre Langfristigkeit und damit ihre „Verunreinigung“ durch gleichzeitige „versuchsfremde“ wirtschaftliche, soziale und politische Entwicklungen. Es könnte ja sein, daß solche zeitgeschichtlichen Hintergrundbewegungen ebenfalls Einflüsse auf die Konsumgewohnheiten und gelegentlich sogar auf die Schadenregistrierung ausüben könnten. Strenggenommen kann man nie völlig ausschließen, daß Alkoholkonsum und Alkoholschäden auch unabhängig vom Verhältnis zwischen gesetzlich geregelter Alkoholverkauf und Kaufkraft der Bevölkerung fluktuieren oder daß die Registrierungspraxis der Schadenindikatoren sich einmal unbemerkt ändert.

Schließlich stellen sich bei der Frage nach der Signifikanz in der Abweichung oder in der Übereinstimmung zweier statistischer Kurven (z. B. „vorher“ und „nachher“ oder „Konsumhöhe“ und „Schadenfallzahl“) schwierige mathematische Probleme, wenn die Fallzahlen zu klein sind. Letzteres ist freilich in den zitierten Studien nirgends der Fall, so daß von dieser Seite her die Vorbehalte nicht entscheidend ins Gewicht fallen.

Zusammengefaßt sieht das Bild etwa folgendermaßen aus: gegen jede einzelne der erwähnten Studien lassen sich beim Anlegen strenger Maßstäbe methodische Einwände vorbringen. Die Gesamtheit der Arbeiten bietet aber einen überzeugenden Eindruck. Auch bei kritischster Einstellung kann man die übereinstimmenden Resultate nicht anders erklären als damit, daß die festgestellten Schadenänderungen jeweils die Folgen der unmittelbar vorangegangenen Zugänglichkeitsänderungen des Suchtmittels gewesen sind. Wäre dem letztlich nicht so, so müßte man der großen Zahl von positiv verlaufenen Erhebungen mindestens eine noch größere Zahl solcher Untersuchungen entgegenstellen können, die negative Resultate lieferten. Diese letzteren Studien müßten zeigen, daß für den Konsumenten spürbare Zugänglichkeitsänderungen jeweils in keinem zeitlichen Zusammenhang mit Schadenänderungen standen. PÖPHAM (1976) hat solche Arbeiten gewissenhaft zusammengetragen (hierzu auch BRUUN, 1975, EDE, 1976 und SMART, 1977) -aber seine

Gegenüberstellung ergibt wie die unsere ein gewaltiges Übergewicht der positiv lautenden Resultate.

An diesem Punkt der Diskussion ist noch auf eine Reihe von besonderen Erfahrungen einzugehen, die wir bisher beiseite gelassen haben, nämlich auf die totalen Prohibitionen. Diese Versuche der nordamerikanischen und einiger skandinavischer Staaten zur radikalen Ausmerzungen der Alkoholprobleme sind bekanntlich nach einigen Jahren am Aufkommen von Schwarzhandel und Korruption gescheitert. Es läßt sich zwar nicht bestreiten, daß es während der Prohibition all diesen Ländern wie bei allen bisher besprochenen Konsumerschwerungen zum drastischen Abfall der Alkoholschäden gekommen ist (JOLJFFE, 1942 und WARBURTON, 1932 für USA, POPHAM, 1956 für Kanada, BRUUN et al., 1960 für Finnland). Wir können aber dem Argument nicht ausweichen, daß die neuauftkommenden, das Rechtsleben gefährdenden Korruptionsschäden die vorherigen Alkoholschäden schließlich in der öffentlichen Meinung aufgewogen haben.

Eben dies ist nun freilich der Grund, warum heute niemand mehr mit einem heroischen Akt die totale Prohibition einführen möchte. Denn unter solch extremen Marktbedingungen erreicht die Elastizität des Konsums (LEU, 1977, LEU und LUTZ, 1977) einen kritischen Punkt: Der nur noch illegal erhältliche Alkohol wird dermaßen teuer, daß der Aufbau eines organisierten Schwarzhandels sich zu lohnen - und damit der Alkohol sich wieder zu verbilligen - beginnt. Bei den zuvor erwähnten Beispielen konsumerschwerender aber nicht konsumverunmöglicher Maßnahmen war dies offensichtlich nirgends in nennenswertem Umfang der Fall. Der Einwand, Schwarzhandel entziehe sich naturgemäß der statistischen Erfassung, ist an sich richtig, aber von geringem Gewicht. Wenn der Schwarzhandel den legalen Handel zu ersetzen vermocht hätte, wären die Schadenindikatoren nicht abgesunken. Und neue Korruptionerscheinungen erheblichen Ausmaßes bleiben in einem modernen Verwaltungsstaat nicht jahrelang verborgen.

## **6. Die Gefahr des „Umsteigens“**

Es handelt sich hier um den letzten und gewichtigsten Einwand gegen die Empfehlung der Alkoholverteuerung. Werden die Alkoholiker nicht einfach auf andere Suchtmittel ausweichen, wenn man ihnen das Trinken zu teuer oder zu mühsam macht? Bei Jugendlichen böten sich hier die modernen illegalen Drogen, bei Erwachsenen die legalen Tranquilizier und Schlafmittel an, die über Ärzte und Apotheken bekanntlich nicht sehr schwierig zu erhalten sind. Dieser Sorge kommt um so mehr Gewicht zu, als viele Psychiater im Laufe der vergangenen beiden Jahrzehnte den Eindruck bekommen haben, daß „Umsteiger“ in jeder Richtung häufiger werden. Zum Ausweichen auf Schlafmittel kommt es übrigens nicht selten, wenn die Kranken ihre Alkoholschädigung einzusehen beginnen.

**Als einen** Ausweichvorgang kann man auch das bekannte „substitutive Verhältnis“ (MÜLLER, 1978) zwischen dem überwiegenden Alkoholismus der Männer und dem überwiegenden Medikamentenmißbrauch der Frauen verstehen. Belegen läßt sich dieses Verhältnis durch eine gesamtschweizerische Enquete über die Häufigkeit des Medikamentenmißbrauchs (KIELHOLZ, 1968). Es handelt sich hier freilich nicht um ein Ausweichen vor den Barrieren des Preises, sondern vor denen des geschlechtsbezogenen Brauchs.

Die Indikatoren für Schlaf- und Schmerzmittelschäden decken sich nur zum Teil mit denjenigen für Alkoholismus. Delirien treten zwar auch bei Schlafmittelsüchtigen auf, nicht aber die Leberzirrhose. Die Alkoholprobe versagt beim Verkehrsunfall im Schlafmittelrausch, dafür spiegeln die Todesfälle an der sogenannten Phenacetinniere den Mißbrauch gewisser Kopfwehmittel. Wenn man dies alles berücksichtigt, kann man gegen alle bisherigen epidemiologischen Studien zur Wirkung der Alkoholgesetzgebung einen Einwand vorbringen: Traten vielleicht an die Stelle der verminderten erfaßten Alkoholschäden ganz einfach vermehrte nicht erfaßte Schäden durch legale und illegale Drogen, weil die Konsumenten „umstiegen“, als die Alkoholgesetzgebung wirksam wurde?

In dieser krassen Form dürfte das Bedenken weit übertrieben sein. Die statistischen Trends zeigen bisher ja eher, daß sich die beiden Suchtformen entsprechend der Kaufkraft der Bevölkerung zeitlich gleichsinnig und nicht reziprok entwickeln. Der Drogenkonsum hat sich bekanntlich zum an sich schon ansteigenden Jugend-Alkoholismus hinzu addiert - auch bei Betrachtung des einzelnen Individuums-(BATTEGAY, 1975, SIEBER/ANGST, 1976) und hat ihn keineswegs abgelöst, wie man ursprünglich aus ideologischen Gründen zu vermuten geneigt war. Und die Medikamentenschäden hätten, wenn sie das Ausmaß der Alkoholschäden erreicht oder die Alkoholschäden ersetzt hätten, spätestens in den Jahrzehnten seit dem zweiten Weltkrieg auch den Alkoholstatistikern stärker auffallen müssen, besonders in den Feldstudien, die solche Suchtformen ja mit einbezogen (z. B. GUNTERN, 1975).

Auch wenn das „Umsteigen“ also kein prompter und kurzfristig auffallender Vorgang ist, so wäre es doch unvorsichtig, das Phänomen bei langfristig orientierten Überlegungen außer Betracht zu lassen. Statistisch bewiesen sind die ungünstigen Folgen einer Bierverteuerung bei gleichzeitiger Schnapsverbilligung (NIELSEN, 1965). Analog wird der Gesetzgeber künftig nicht nur den gesamten Alkoholmarkt, sondern die ganze Suchtmittelzone im Auge behalten müssen. Die Entwicklung des Alkohol-, Tranquilizer-, Schmerztabletten- und des illegalen Drogenmarktes sollte dabei, wenn möglich von ein und derselben Instanz, beobachtet werden und die eindämmenden Maßnahmen sollten im Idealfall von ein und demselben Gesetzgeber ausgehen. Dabei wird man bei

der heutigen Entwicklung der überstaatlichen Wirtschaftsgemeinschaften und Zollunionen um eine internationale Zusammenarbeit nicht herumkommen.

Damit sind wir von der wissenschaftlichen Methodenkritik unversehens mitten in die Politik hineingeraten. In diesen Bereich gehört das behandelte Thema auch hinein. Bevor wir uns zum Abschluß fragen, warum diese Diskussion in der Öffentlichkeit so schleppend anläuft, muß noch eine letzte mögliche Wirkung alkoholverteuernder Gesetze besprochen werden:

## **7. Die Finanzierung alkoholtherapeutischer Institutionen aus der Alkoholsteuer**

Der oben im 2. Abschnitt erwähnte schweizerische „Alkoholzehntel“ aus der „kantonalen“ Hälfte der Branntweinsteuer macht 1975 rund 121/2 Millionen Franken aus. Davon ging rund die Hälfte an die 121 Fürsorgestellen für Alkoholgefährdete und an die 12 Heilstätten für Alkoholranke des Landes (Berichte der Kantone, 1977, EIDG. STATISTISCHES AMT, 1977). Hier interessieren vor allem die ambulanten Fürsorge- und Beratungsstellen, die ja ohne eine solche Unterstützung nicht existieren könnten: wie groß ist der Anteil der Alkoholiker des Landes, den diese Stellen pro Jahr insgesamt betreuten ~ im Vergleich zur Gesamtheit der analogen Institutionen in der BRD? Die Frage hat einen Sinn, da der Pro-Kopf-Konsum und die Trinkgewohnheiten und damit die zu erwartenden Alkoholikerraten in beiden Ländern nahe beieinander liegen.

Keup (1975) hat im Anhang zur Enquete versucht, diese Zahl für eine Jahresperiode 1973/74 zu berechnen. Er ermittelt auf den Seiten 546-551 für 40% der existierenden Stellen (nämlich für diejenigen, die verwertbare Angaben geliefert hatten) je nach Berechnungsart zwischen 41 254 und 47 560 betreute Alkoholiker. Da sich unter den Stellen, die seine Umfrage nicht hinreichend beantwortet hatten, vermutlich eher die kleineren als die größeren häufen, dürfte die Gesamtzahl der Betreuten in der Bundesrepublik Deutschland im Stichjahr 100000 eher unterschritten als überschritten haben.

Die schweizerische Statistik ist in dieser Hinsicht dank der Organisation der Fürsorgestellen und der regelmäßigen Erhebungen der Schweizerischen Fachstelle für Alkoholprobleme einigermaßen vollständig (EIDG. STAT. AMT, 1977). Nach diesen Unterlagen bewegt sich die Zahl der ambulant betreuten Alkoholkranken seit Jahren um rund 28 000. Im Vergleich zur BRD ist diese Zahl etwas aufzurunden, weil in der schweizerischen Statistik im Gegensatz zur deutschen die Polikliniken und Ambulanzen - die ja auch Alkoholiker behandeln - nicht enthalten sind. Da die BRD mit ihren 62 Millionen Einwohnern rund zehnmal volkreicher ist als die Schweiz, würde die (verzehnfachte) schweizerische Vergleichszahl auf rund 300 000 Betreute pro Jahr lauten.

Das würde heißen, daß in der Schweiz verhältnismäßig dreimal mehr Alkoholgeschädigte ambulant betreut werden als in der BRD. Es erscheint als unwahrscheinlich, daß dieser Unterschied allein durch die Ungenauigkeit meiner Hochrechnung der Zahlen von Keup erklärbar ist. Ist der Unterschied aber einigermaßen real, so hatte der schweizerische „Alkoholzehntel“ tatsächlich eine sehr hilfreiche Wirkung. Wer sich im Klaren darüber ist, weichen Unterschied es z. B. für die Familie eines Alkoholkranken ausmacht, ob sie sich in der Not an eine ihr bereits bekannte Fachstelle wenden kann oder nicht, wird dieser Schlußfolgerung zustimmen. Dies, obgleich selbstverständlich auch bei uns nur eine Minderzahl - vielleicht ein Viertel - der betreuungsbedürftigen Alkoholiker im Kontakt mit einer dieser Beratungs- oder Behandlungsstellen steht. Wissenschaftliche Effizienzkontrollen sind zudem auf diesem Gebiet schwer beizubringen. Einstweilen spricht die unkontrollierte Erfahrung dafür, daß die Fürsorgestellen eine wichtige humane, lindernde Wirkung ausüben und ihre staatliche Förderung verdienen.

Ist also diese schweizerische Finanzierungslösung bedeutender alkoholtherapeutischer Institutionen als vorbildlich bzw. ausbauwürdig zu empfehlen? Ich weiß es nicht. Denn die Antwort hängt davon ab, wie nützlich es auf die Dauer ist, dem Fiskus einen großen Teil der Alkoholsteuer-Erträge zukommen zu lassen. Eine Tendenz der Verwaltung, die Tarife ihrer Alkoholsteuern in der Weise zu regulieren, daß es eher zu einer Maximierung der Steuereinkünfte kommt, statt nach dem Willen der Verfassung zu einer Minimierung der Alkoholschäden, ist nicht zu übersehen. Diese Tendenz ließe sich nur dadurch erheblich verringern, daß die gesamten Erträge der Suchtmittelsteuern zweckgebunden - z. B. für die Suchtbekämpfung - auszugeben wären. Soweit sind wir aber heute noch nicht.

## **8. Unsere Einstellung zur Suchtgesetzgebung**

Daß diejenigen Kreise, die von Produktion und Vertrieb alkoholischer Getränke leben, sich gegen alkoholkonsumsenkende Maßnahmen zur Wehr setzen, ist nach allem Gesagten verständlich. Auf der rationalen Ebene viel schlechter verständlich ist es dagegen, daß eine scheinbar gleichgerichtete Reserve gegen entsprechende Gesetze auch beim gewöhnlichen Steuerzahler besteht. Und dies, obwohl er für die enormen volkswirtschaftlichen Kosten der Alkoholschäden aufzukommen hat: In der Schweiz handelt es sich jährlich nach einer vorsichtigen Schätzung (MUSTER, 1976) wahrscheinlich um mindestens 2 Milliarden Franken. Für die Bundesrepublik wäre dieser Betrag angesichts des etwas höheren Pro-Kopf-Konsums und des bereits erwähnten Bevölkerungsverhältnisses gut zu verzehnfachen.

Man kann gegen diese Zahlen einwenden, daß sie höchst unpräzise sind. Aber die Abneigung gegen Alkoholgesetze hat zur Hauptsache andere als

rechnerische und wirtschaftliche Wurzeln. Das sieht man daran, daß diese Zurückhaltung auch bei Ärzten und schließlich sogar bei Fachleuten für Suchtkrankenhilfe verbreitet ist (vgl. z. B. CHAFETZ, 1978, JEANNERET/JENNI, 1978). Jedermann fürchtet offenbar, daß Suchtgesetze ihn beengen. E. Chafetz beurteilte kürzlich als Leiter der Health Education Foundation in Washington die konsumdrosselnde Alkoholgesetzgebung einerseits als verwerfliche Manipulation, andererseits wirft er ihr vor, den Problemtrinker erst recht auf den Alkohol aufmerksam zu machen. Dementsprechend kritisiert er das ausgezeichnete Sammelwerk von BRUUN und Mitarbeitern (1975) zu dieser Materie scharf.

Die Argumente von Chafetz liegen emotionell in uns allen bereit. Wir spielen gerne individuelle Therapie gegen kollektive Prophylaxe aus. Wir suchen Risikogruppen und hoffen die „Anderen“ gehörten dazu. Aber die Risikogruppen verteilen sich diesmal noch komplizierter als sonst in der Psychiatrie. Alkoholgefährdet sind heute - nicht überall (FEUERLEIN, 1975) aber mancherorts (WÜTHRICH, 1976, MÜLLER, 1978) - die oberen Einkommensschichten noch mehr als die unteren. Wie soll man nun in einem freiheitlichen demokratischen Staatswesen den einen Bürger in seinem Suchtmittelverhalten anders überwachen als den anderen - und sollte man es überhaupt, wenn man es könnte?

Wenn aber der Schutz bzw. die Überwachung von einzelnen und von Risikogruppen praktisch unmöglich ist, bleibt uns nach wie vor nur die generelle Prävention - mindestens bis zum Eintritt der jeweils ersten psychiatrisch, versicherungsrechtlich oder strafrechtlich relevanten Schädigung beim Einzelnen. Und eben gegen diese kollektive Eindämmung sträuben wir uns. Wir möchten uns frei fühlen und wir bestreiten, führungsbedürftig zu sein. Wir sehen uns in unserer „Mündigkeit“ tangiert, wenn man uns nur schon höhere Alkoholpreise vorschreibt. Wir hängen an den kleinen Freiheiten, weil wir uns um die großen wenig kümmern. Das ist auch auf anderen Gebieten so. Die Automobilverbände bekämpfen unter dem Applaus ihrer Mitglieder sogar die vernünftigsten Geschwindigkeitsbeschränkungen, die das Leben und die Gesundheit eben dieser Mitglieder nachgewiesenermaßen zu schützen vermögen.

Lassen Sie mich nicht mit diesem Beispiel makaberer Irrationalität schließen. Unsere Urgroßväter haben vor bald 100 Jahren eine nutzbringende, das Elend nicht beseitigende aber eindämmende Alkoholgesetzgebung zustande gebracht. Die Voraussetzung dafür, daß diese Maßnahme sich im Alltag durchzusetzen vermochte, war damals eine Grundwelle von Einsicht in der Bevölkerung. Wir Fachleute können weder Gesetze erzwingen noch Grundwellen auslösen. Aber wir können den Wellen partieller Einsicht, die von Zeit zu Zeit über ganze Völker kommen, im voraus Hindernisse aus dem Wege räumen.

Zu solchen Einsichten gehört auch diejenige, daß die Summe unserer individuellen Freiheiten und unverwechselbaren Schicksale insgesamt vergleichbare und damit zählbare Indikationen hervorbringt, die statistischen Gesetzen gehorchen. Warum aber der eine von uns mehr und der andere weniger zum Abgleiten in eine Sucht neigt, hat körperliche und lebensgeschichtliche, jedenfalls also individuelle Gründe. Ob indessen viele oder wenige schließlich abgleiten, hängt stark von der Griffnähe des Suchtmittels ab. Die von kollektiven Faktoren beeinflussten Statistiken vermögen unsere persönlichen Nöte und Verantwortlichkeiten im einzelnen weder zu erklären noch vor allem zu entwürdigen - obwohl wir das Letztere in unserer Empfindlichkeit gerne befürchten. Im Gegenteil kann man in der Statistik sogar einen Hinweis darauf erkennen, daß wir eine Gemeinschaft sind.

Die Enquete hat in einer beispielhaft allgemeinverständlichen und umfassenden Weise dargestellt, welche fachlichen therapeutischen und rückfallpräventiven Hilfen wir dem bereits erkrankten Süchtigen und seinen Angehörigen anzubieten haben. Die vorstehende Ergänzung beschäftigte sich dagegen mehr mit einem Beitrag von uns allen als mit einem solchen der Fachleute, nämlich mit unserer möglichen Bereitschaft, uns die Suchtmittel wenigstens etwas kosten zu lassen, wenn wir schon nicht aus Solidarität mit der anfälligen Minderheit auf sie verzichten wollen. Diesem Gedanken ist schon oft politische Naivität attestiert worden. Es ist aber keineswegs naiv zu hoffen, daß politisch wieder möglich wird, was früher auch schon, und zwar mehrfach, mit Erfolg verwirklicht worden ist. Gesetze werden vom einigermaßen informierten Bürger keineswegs immer als aufgezwungene Restriktion, sondern oft als verständliches Signal erlebt - und weitgehend akzeptiert.

Recht läßt sich in demokratischen Gesellschaften so weit durchsetzen, wie das informierte Rechtsempfinden der Bevölkerung reicht. In diesem Sinne braucht die sachliche Aufklärung ansprechbarer Mitbürger und Politiker sowie die Korrektur von Fehlinformationen in der Öffentlichkeit keineswegs aussichtslos zu bleiben. Wir können es auf diese Weise erschweren, daß die gefühlsmäßigen Widerstände gegen hilfreiches Bremsen des Suchtmittelkonsums noch mit Sachirrtümern begründet werden.

Einer dieser Irrtümer ist es, zu meinen, Suchtgesetze nützen nichts. Entsprechende Normen existieren in praktisch allen Ländern aller politischen Richtungen der Welt seit Jahrtausenden (Übersicht bei POPHAM, 1976). Wie es uns ohne diese Gesetze erginge, ist schwer auszudenken. Die Voraussetzungen für ihre Verbesserung zu fördern war der Zweck dieser Ausführungen.

## Zusammenfassung

Es wird eine Literaturübersicht vorgelegt zur Frage:

„Vermögen konsumerschwerende Gesetze die Alkoholschäden in der Bevölkerung zu senken?“ Zahlreiche statistische Erfahrungen aus verschiedenen Ländern und Zeiten bis in die Gegenwart hinein zeigen, daß dies zutrifft. Lediglich die totale Prohibition vermag sich auf die Dauer nicht durchzusetzen, weil sie den Schwarzhandel rentabel macht.

Erleichterte Zugänglichkeit der Alkoholika führt jeweils prompt zum Schadenanstieg. Umgekehrt vermindert jede - an der Kaufkraft der Bevölkerung gemessen deutlich spürbare - Verteuerung der alkoholischen Getränke nicht nur deren Gesamtkonsum, sondern auch deren schädigende Folgen. Dabei zeigt es sich, daß gerade die schweren, körperlich, psychisch und sozial besonders gefährdeten, Trinker keineswegs „um jeden Preis trinken“.

Beispiele erfolgreich schadensenkender Gesetze weisen einer künftigen Gesundheitspolitik den Weg. Diese hat freilich den gesamten legalen und illegalen Suchtmittelmarkt im Auge zu behalten. Indessen nützen Gesetze „allein“ auf keinem Gebiet des Rechts. Auch die Wirksamkeit der Suchtmittelgesetzgebung hängt vom „informierten Rechtsempfinden“ der Bevölkerung ab.

## LITERATUR

AMARK, C., HERNER, T.: Frequency of patients with disorders associated with alcoholism in general and mental hospitals. The strike at the state wine and spirits wholesales Co. 1963. Medical effects, Wenner-Gren Centre, Swedish Symposiums 6, Stockholm, p. 125 - 137 (Schwedisch).

ARMOR, D. J., POLICH, J. M., STAMBUL, H. B.: Alcoholism and treatment. The Rand Corporation, Santa Monica, California, 1976.

BÄNDEL, R.: Die spezifische Männersterblichkeit als Maßstab der Alkoholsterblichkeit. In: Ergebnisse der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, Bd. H, Thieme, Leipzig, 1930, p. 424 - 492.

BATTEGAY, R., MUEHLEMANN, R., ZEHNDER, R., DILLINGER, A.: Erhebung in 31 Rekrutenschulen über den Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum. Beilage zum Bulletin des Eidg. Gesundheitsamtes Nr. 3 vom 21. 6. 1975, S. 98-113.

SÄTTIG, K.: Zum Problem des Alkoholismus in der Schweiz. Statistische Grundlagen und Folgerungen. Reihe „Volk und Alkohol“, Heft 18, Blaukreuz-Verlag, Bern, 1967.

Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn, 1975.

Berichte der Kantone über die Verwendung der zur Bekämpfung des Alkoholismus bestimmten zehn Prozent ihrer Einnahmen aus dem Reinertrag der Eidgenössischen Alkoholverwaltung für die Zeit vom 1.7.1974 bis 30. 6. 1975, Bern, 2. 3.1977.

BJERVER, K., NERI, A.: Changes in alcohol consumption in the spring of 1963 among moderate drinkers and persons with an alcohol problem. Alkoholkonflikte, 1963,41 - 47, Stockholm, 1965.

BRENNER, M. H.: Trends in alcohol consumption and associated illnesses; some effects of economic changes. Amer. J. publ. Hlth 65,1279 - 1292 (1975).

BRESARD, M.: Alcoolisme et conscience collective. Revue d'Alcoolisme 15, 81 -96(1969).

- BRUUN, K., KOURA, E., POPHAM, R. F., SEELEY, J. R.: Liver cirrhosis as a means to measure the prevalence of alcoholism. -The Finnish Foundation for Alcohol Studies, Helsinki, 1960.
- BRUUN, K., EDWARDS, G., LUMIO, M. et al.: Alcohol control policies in public health perspectives. The Finnish Foundation for Alcohol Studies, Vol. 25, Aurasen Kirjapaino, Forssa, 1975, 106 S.
- CALPINI, P., BIELAMDER, A., HUNZIKER, A., SCHWYTZER, H., SOLMS, H.: Staat und Alkoholfrage. Schriftenreihe „Aktion für die Jugend“, Nr. 3, Caritaszentrale 3, Luzern, 1961.
- CATHOMAS, N.: Die Häufigkeit der Alkoholpsychosen in der Schweiz mit besonderer Berücksichtigung der Jahre 1945 - 1956. Med. Diss. Zürich, 1960.
- CHAFETZ, E.: Besprechung von: BRUUN, K. et al.: Alcohol control policies in public health perspectives. New Brunswick, N. J., 1975, in: J. nerv. ment. dis. 166, 73 (1978).
- CIOMPI, L. u. M. EISERT: Etudes catamnestiques de longue duree sur le vieillissement des alcooliques Psych. Sociale 6,129 -151 (1971).
- COHEN, S.: Lowering the drinking age: Effects on auto accidents. Drug Abuse & Alcoholism Newsletter, Vol. VII, No. 5, (June 1978.) Vista Hill Foundation, San Diego, California.
- CORAY, G.: Über die Häufigkeit der Alkoholpsychosen in der Schweiz, 1939 - 1948. - Med. Diss. Zürich, 1950.
- DOUGLASS, R. L., FILKINS, L. D.: The effect of lower legal drinking ages on youth crash involvement, Univ. of Michigan, Highway Safety Research Institute, Ann Arbor (1974).
- DUDLE, Gisela: Alkohol und Leberzirrhose in der Schweiz. Sozial- und Präventivmed, 21,177 - 182 (1976).
- EDE, A., TEMPLER, D. I.: The effect of liquor store strike upon psychiatric hospital admission for alcoholism. Canad. psychiat. Ass. J. 21, 501 (1976).
- EIDG. STATISTISCHES AMT: Statistik der Fürsorgestellen und Heilstätten für Alkoholranke, 1975, Bern, 1977.
- ENDTZ, L. J., GOOR, C., MULLER-KOBOLD, M. J. P., LOMBARTS, A. J. P. F.: Le syndrome de Wernicke-Korsakow aux pays bas. Rev. alcool. 22,261 - 268 (1976).
- FEÜRLEIN, W.: Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit. Eine Einführung für Ärzte, Psychologen und Sozial-Pädagogen. Thieme, Stuttgart, 1975 (S. 50 f.).
- GESER, W.: Der Rückgang des Delirium tremens und der alkoholischen Korsakowpsychose, 1932 - 1943. Med. Diss. Zürich 1944.
- GUNTERN, G.: Changement social et consommation d'alcool dans un village de montagne. Med. Diss. Lausanne 1975. Schweiz. Arch. Neurol. 116,353 -411 (1975).
- HERNER, T.: The frequency of patients with disorders associated with alcoholism in mental hospitals and psychiatric departments in general hospitals in Sweden during the period 1954-1964. Acta psychiat. scand., Suppl. 234,1972.
- JEANNERET, O., JENNI, D.: L'alcoolisme dans le contexte de la sante publique. Schweiz. Ärztezeitung 59, 716 - 721 (1978)
- JOLIFFE, N., JELLINEK, E. M.: Cirrhosis of the liver. In: JELLINEK, E. M. (ed.): Effects of alcohol on the individual. Vol. I, Yale Univ. Press, New Haven, 1942,273 - 324.
- KEUP, W.: „Ist-Daten“ zum Abhängigkeitsproblem (Alkohol, Rauschmittel, Arzneimittel) in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West). Deutscher Bundestag 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4201, S. 521 -564 (1975).
- KIELHOLZ, P.: Gesamtschweizerische Enquete über die Häufigkeit des Medikamentenmißbrauchs. Schweiz. Ärztezeitung 40,1077- 1096 (1968).
- LEDERMANN, S.: Alcool, alcoolisme, alcoolisation: donnees scientifiques de caractere physiologique, economique et social. Presses Universitaires de France, 1956 (Institut National d'Etudes Demographiques, Travaux et Documents, CahierNo. 29).
- LEDERMANN, S.: Alcool, alcoolisme, alcoolisation, mortalite, morbidite, accidents de travail. Institut National d'Etudes Demographiques, Travaux et Documents, Cahier No. 41, Presses Universitaires de France, Paris, 1964.
- LEU, R.: Die Alkoholsteuer - ein Instrument zur Prophylaxe? Drogalkohol (Lausanne) 1, 44 - 54 (1977).
- LEU, R., LUTZ, P.: ökonomische Aspekte des Alkoholkonsums in der Schweiz. Schulthess, Polygraph. Verlag, Zürich, 1977, 638 Seiten.

- de LINT, J., SCHMIDT, W.: The distribution of alcohol consumption in Ontario. *Quart. J. Stud. Ale* 29 908-973 (1968).
- de LINT, J., SCHMIDT, W.: Consumption averages and alcoholism prevalence: a brief review of epidemiological investigations. *Br. J. Addict.* 66,97 -107 (1971).
- MAKELÄ, K.: Types of alcohol restrictions, types of drinkers and types of alcohol damages: the case of the personnel strike in the Stores of the Finnish alcohol monopoly.  
Reports from the Social Research Institute of Alcohol Studies No. 77,1 - 21, Helsinki 1974.
- MÄKELÄ K.: Consumption level and cultural drinking patterns as determinants of alcohol problems. *J. Drug Issues*, Fall, 344 - 357 (1975).
- Mc CANGE, G.: Alcoholism in North-East Scotland, its treatment and outcome. *Brit. J. Psychiat.*, Vof. 115,189 (1969).
- MÜLLER, R.: Exzessiver Alkoholkonsum. Problem der öffentlichen Gesundheit in der Schweiz. *Schweiz. Ärztezeitung* 59, 722 - 729 (1978).
- MUSTER, E.: Zahlen zum Alkoholproblem und anderen Suchtgefahren. *Schweiz. Zentralstelle gegen den Alkoholismus*, Lausanne, 1976.
- NIELSEN, J.: Delirium tremens in Copenhagen. *Acta Psychiat. Scand.*, Suppl. 187 ad vol. 41,1965.
- NIELSEN, J. STRÖMGREN-RISSKOV, E.: Über die Abhängigkeit des Alkoholkonsums und der Alkoholkrankheiten vom Preis alkoholischer Getränke. *Akt. Fragen Psychiat. Neurol.* 9,165- 170(1969).
- NIELSEN, J., SORENSEN, K.: Alcohol policy, alcohol consumption, alcohol prices, delirium tremens and mortality due to chronic alcoholism. (Danish). *Unestr. laeg.* 139/18,1089-1096(1977).
- ORFORD, J.: The future of alcoholism: a commentary on the Rand Report. *Psychological Med.* 8, 5 - 8 (1978),
- PARKER, D. A., HARMAN, M. S.: The distribution of consumption model of prevention of alcohol problems. A critical assessment. *J. stud. alcohol* 39,377 - 399 (1978).
- POPHAM, R. E.: The Jellinek alcoholism estimation formula and its application to Canadian data. *Quart. J. stud. alcohol* 17, 559 - 593 (1956).
- POPHAM, R. E., SCHMIDT, W., de LINT, J.: The prevention of hazardous drinking: implications of research on the effects of government control measures. In: EWING, J. A. ROUSE, B. A. (eds): *Drinking*. Nelson-Hall, Chicago (1975),
- POPHAM, R. E., SCHMIDT, W., de LINT, J.: The effects of legal restraint on drinking.  
In: KISSIN, B., BEGLEITER, H. (eds): *The Biology of Alcoholism*. Vol. 4: *Social Aspects of Alcoholism*. Plenum Press, New York-London 1976,579 - 625.
- PURONTAUS, J.: Cost-benefit analysis and the Finnish alcohol policy. *Med. Thesis*, Univ. of Helsinki, 1970 (Finnisch).
- SCHAFFNER, H., SCHMIDT, W.: Alkoholbesteuerung? Reihe „Volk und Alkohol“, Heft 16, Biaukreuz-Verlag Bern, 1966.
- SCHMIDT, W.: Public health perspective on alcohol problems with special reference to Canada. *Canad. J. Public Health* 68, 382 - 388 (1977).
- SCHMIDT, W., KORNACZEWSKI, A.: The effect of lowering the legal drinking age in Ontario on alcohol-related motor vehicle accidents. *Proc. 6. Internat. Conference on Alcohol Drugs and Traffic Safety*, Addiction Research Foundation, Toronto, 1975.
- SCHMIDT, W., POPHAM, R. E.: The single distribution theory of alcohol consumption. A rejoinder to the critique of Parker and Hermann. *J. stud. alcohol* 39,400 - 419 (1978).
- SCHWEIZERISCHE FACHSTELLE FÜR ALKOHOLPROBLEME: Zahlen zum Alkoholproblem und anderen Suchtgefahren, 1978. Lausanne, 1978.
- SEELEY, J. R.: Death by liver cirrhosis and the price of beverage alcohol.  
*Canad. Med. Ass. J.* 83,1361 -1366 (1960).
- SIEBER, M., ANGST, J., BAUMANN, U.: Entwicklung des Drogen-, Alkohol- und Tabakkonsums. Vergleich zweier Untersuchungen von 1971 und 1974 im Kanton Zürich. *Schweiz. med.Wschr.* 106,1 -7(1976).
- SMART, R. G.: The relationship of availability of alcoholic beverages to per capita consumption and alcoholism rates. *J.stud.alcoh.*38,891 -896(1977).

SMART, R. G.: Effects of two liquor store strikes on drunkenness, impaired driving and traffic accidents. J. Stud. Ale. 38, 1785 - 1789 (1977).

STEIGER, V. J.: Entwicklung, Grundzüge und Durchführung der eidgenössischen Alkoholgesetzgebung. Schwabe, Basel, 1964, 4. Auflage, Bern, 1971.

WARBURTON, C.: The economic results of prohibition. Studies in History. Economics and public law No. 379, Columbia Univ. Press, New York, 1932.

WHITEHEAD, P. C.: Effects of liberalizing alcohol control measures. Addictive behav. 1, 197 - 203 (1976).

WHO: The Epidemiology of Drug Dependence. Report on a Conference. London, 25.-29. 9.1972. Regional Office for Europe World Health Organization, Copenhagen, 1973 (EURO 5436 IV).

WÜTHRICH, P.: Die quantitative Erfassung des Alkoholkonsums in der Deutsch- und Westschweiz. Sozial- und Präventivmedizin 21,7 - 16 (1976).

WYSS, Marlis: Der Alkoholismus in einer Schweizer Gemeinde. Diplomarbeit der Schweizerischen sozial-karitativen Frauenschule Luzern, September 1956, 72 S. (Schweiz. Fachstelle gegen den Alkoholismus, 1007 Lausanne).

ZURBRÜGG, C.: Der Verbrauch alkoholischer Getränke in der Schweiz in den Jahren 1971/1975 und früheren Zeitabschnitten. Eidg. Alkohol Verwaltung, 1976 (42 S.).

ZURBRÜGG, C.: Die Schweizerische Alkoholpolitik. Gesundheits- und fiskalpolitische Aspekte. Paul Haupt, Bern, 1976 (183 S.).

## Koreferat zum Vortrag von K. Ernst:

*A. Huhn*

Die von K. Ernst vornehmlich unter dem Gesichtspunkt des Schweizer Modells der Generalprävention gegen Alkoholismus vorgetragenen Thesen verdienen um so mehr Aufmerksamkeit, als die angeführte Literatur über die Möglichkeiten der Eindämmung der Suchtkrankheiten durch primärpräventive Gesetze mehr als 60 Veröffentlichungen umfaßt, von denen 2/3 erst in den letzten 6 Jahren erschienen sind. Diese Feststellung zeigt aber auch, daß das Alkoholismusproblem inzwischen Dimensionen angenommen hat, die in erster Linie nach Prüfung der Möglichkeiten einer primären Generalprävention verlangen.

Die Arbeitsgruppe für Suchtkranke innerhalb der Psychiatrie-Enquete-Kommission hat die Bedeutung gesetzgeberischer Maßnahmen keineswegs unterschätzt und schon bei der Aufnahme ihrer Tätigkeit zwei eigene Projekte zur Wirksamkeit gesetzgeberischer Maßnahmen beantragt, die dann u.a. wegen fehlender Mittelzuweisung zunächst zurückgestellt worden sind. Dankbar

begrüßen wir daher den Beitrag von K. Ernst, der diese Lücke im Bericht der Arbeitsgruppe für Suchtkranke schließt. Herr Ernst hat unter dem Gesichtspunkt der primären Alkoholismusprävention zunächst Maßnahmen einiger Länder wie der USA, Schwedens, Dänemarks und der Schweiz dargestellt. Als theoretische Grundlage der Alkoholismusprävention werden einige soziologische Probleme (Sozialisationsdefizite, sozialer Streß und spezifische Trinkstile) diskutiert. Hinzu kommen Ergebnisse der sozialpsychologischen Forschung zur Kommunikation und Werbung. Schließlich werden Zielsetzung, Zielgruppen und Strategien der Alkoholprävention aufgezeigt. Die bisher durchgeführten präventiven Maßnahmen beziehen sich einmal auf die Einschränkung der Verfügbarkeit des Alkohols durch gesetzliche Bestimmungen und zum anderen auf die Stärkung der Widerstandskraft des einzelnen gegen Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit durch Gesundheitserziehung und allgemeine Aufklärung.

Die methodischen Schwierigkeiten der Effizienzbeurteilung primärpräventiver Maßnahmen gegen Alkoholismus und gegen Drogenmißbrauch im engeren Sinne sind besonders groß. Über die präventiven Wirkungen fiskalpolitischer Maßnahmen hat Ernst eine weit ausgreifende kritische Übersicht gegeben. Im Hinblick auf die immer noch relativ geringe Wirksamkeit der Verfahren zur Restitution und Kompensation von Mißbrauch und Abhängigkeit, die zudem von großem finanziellen, personellen und sonstigem Aufwand begleitet sind, erlangt zwangsläufig die primäre Prävention von Suchtkrankheiten immer stärkere Bedeutung. Die Beurteilung der Effizienz wird stets mit einer auf wissenschaftlich-empirischer Grundlage basierenden kontinuierlichen

Situationsanalyse arbeiten müssen. Diese ist, losgelöst von der exakten Kenntnis der umgebende Wirklichkeit, zwangsläufig ohne Aussicht auf Erfolg. Trendanalysen bilden dennoch wichtige Grundlagen für einzelne Aktivitäten (K. WANKE, K. L. TÄSCHNER, H. HÜNNEKENS, 1976).

Seit 1968 ist die Zahl der Suchtkranken in der Bundesrepublik Deutschland besonders stark angestiegen. Derzeit muß mit 1,2 bis 1,8 Millionen Alkoholkranken und vielleicht 40 000 Rauschmittelabhängigen gerechnet werden. Daher erhalten die von Ernst zitierten epidemiologischen Forschungsergebnisse zu den Möglichkeiten der Eindämmung der Suchtkrankheiten besonderes Gewicht. Auch unter Beachtung methodenkritischer Einwände wirkt die Gesamtheit der von ihm berichteten Arbeitsergebnisse überzeugend. Hier stellt sich jedoch die Frage der Übertragbarkeit auf die Bundesrepublik.

Die Jahre 1976 und 1977 brachten uns einen leichten Rückgang des Branntweinverbrauchs, nämlich von 3,02 l auf 2,8 l reinen Weingeist je Einwohner. Der Abfall der Verbrauchskurve wird von vielen Sachverständigen unmittelbar in Zusammenhang mit der vorausgegangenen Anhebung der Alkoholsteuer und der damit verbundenen Verteuerung des Trinkbranntweins gebracht. Die bei einzelnen Getränkesorten bis über 35% reichende Verbrauchsreduktion geht weit über das erwartete Maß der Einschränkung hinaus. Auch der Verbrauch von Bier und Wein ist nach vorläufigen Zahlen des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 1977 erstmals seit vielen Jahren wieder rückläufig. Diese statistischen Trends entwickelten sich zeitlich gleichsinnig einerseits mit der Kurve der rückläufigen Wirtschaftskonjunktur und der hiermit verbundenen relativen Minderung der durchschnittlichen Kaufkraft, andererseits mit dem Preisanstieg bei Wein und Bier. Es ist zu prüfen, ob es sich hier nur um einen kurzfristigen Trend handelt. Die Beobachtungen könnten die von Ernst vorgebrachten Thesen zum Effekt fiskalpolitischer Maßnahmen bestätigen. Unter den möglichen verkaufsdrosselnden Maßnahmen steht eine differenzierte, die Bedeutung der einzelnen Alkoholsorten berücksichtigende Alkoholverteuerung hinsichtlich ihrer Wirksamkeit an erster Stelle. Einen konkreten Vorschlag einer gestuften Verteuerung der alkoholischen Getränke nach ihrem Gehalt an reinem Weingeist hat K. FLATH (1975) vorgelegt. In der Reihenfolge der Wirksamkeit alkoholiskonsumdrosselnder Maßnahmen dürften andere gezielte Maßnahmen zur Vorbeugung wie strengere Verkaufsvorschriften oder strengere Ausschankvorschriften erst deutlich hinter dem Effekt alkoholverteuernder Maßnahmen folgen.

In der Schweiz sind schon erstaunlich früh wirksame fiskalpolitische Maßnahmen eingeleitet worden und auf das Verständnis einer aufgeklärten und sachlich orientierten Bevölkerung gestoßen. Im Vergleich mit der Entwicklung in unserem Nachbarland besteht in der Bundesrepublik sicher ein großer

Nachholbedarf an wachsender Einsichtsfähigkeit in den verschiedenen Bevölkerungs- und Interessengruppen. Während die Erhöhung der Alkoholsteuer als fiskalpolitische Maßnahme nicht nur den allgemeinen Alkoholkonsum, sondern insbesondere die Alkoholkrankheiten einzudämmen vermag, ist das totale Alkoholverbot, wie sich an vielen negativen Beispielen, insbesondere am amerikanischen Modell (T.F.A. FLAUT, 1972) gezeigt hat! zum Scheitern verurteilt.

Dennoch haben in der Auseinandersetzung um die Verfügbarkeit von Suchtmitteln gesetzliche Maßnahmen in vielen Ländern wesentliche Erfolge gebracht, erinnert sei an die Narkotikagesetze um die Jahrhundertwende in den USA, die Amphetamin-Gesetzgebung in Japan nach dem 2. Weltkrieg. Auch für den Bereich der Bundesrepublik Deutschland sind Einschränkungen der Verfügbarkeit durch Legislative oder Administration durchaus erfolgreich gewesen. Dies gilt vor allem für die illegalen Rauschdrogen, aber auch für die Arzneimittel, wie sich am Beispiel einer stetig ausgebauten und verfeinerten Betäubungsmittel-Gesetzgebung gezeigt hat. Die von Ernst angeführten Fälle aus verschiedenen europäischen und außereuropäischen Ländern, zumal auch die Erkenntnisse der allerletzten Jahre zeigen deutlich, daß geeignete fiskalpolitische Maßnahmen der primären Generalprävention die Ausdehnung zumal des Alkoholismus auf weitere Bevölkerungsschichten reduzieren können. Auch für die Bundesrepublik gilt daher, daß der Alkoholismus ansteigt, wenn präventive Maßnahmen vernachlässigt werden, obwohl davon auszugehen ist, daß Alkohol als chemische Substanz nahezu immer, jedenfalls in Friedenszeiten, vorhanden sein wird.

Das Prohibitionsmodell gilt als gescheitert und ist auch in unserer Gesellschaft weder erstrebenswert noch durchsetzbar. Das hochgesteckte Ziel einer alkoholfreien Gesellschaft erscheint uns utopisch, zumindest für den mitteleuropäischen Bereich. Dies schon deswegen, weil dafür in der Bevölkerung unseres Kulturkreises kein Verständnis zu gewinnen ist. Alkohol hat in einer jahrtausendlangen Tradition eine feste Stelle als rituelles Getränk und als Bestandteil unserer Trinkkultur erhalten. Darüberhinaus ist Alkohol Bestandteil sehr beliebter durstlöschender und wohlschmeckender Getränke. Es ist auch zu bedenken, daß alkoholische Getränke relativ einfach von nahezu jedermann aus Rohstoffen hergestellt werden können, die allgemein zugänglich sind. Des weiteren muß man sich bei der Diskussion präventiver Maßnahmen gegen den Alkoholismus vor Augen halten, daß der weitaus größte Teil der Bevölkerung in der Lage ist, seinen Alkoholkonsum in gesundheitlich und sozial vertretbaren Grenzen zu halten, allerdings unter den gegenwärtig herrschenden sozialen, psychologischen und wirtschaftlichen Verhältnissen und auch unter den gegenwärtig geltenden Präventivbestimmungen. Aus diesen Gründen erscheint uns ein generelles Verbot von alkoholischen Getränken, also eine Prohibition, nicht diskutabel. Die bereits von Ernst ange-

fürten negativen Beispiele anderer Länder wie USA und Skandinavien zeigen, daß man schließlich das absolute Verbot wieder aufgeben mußte. Das besagt jedoch nicht, daß nicht bestimmte Beschränkungen in der Produktion und vor allem im Vertrieb von alkoholischen Getränken den Alkoholismus wirksam eindämmen können. Eine Reduktion des Alkoholangebotes ist hierbei in der Lage, die Häufigkeit des Alkoholismus und die seiner Folgekrankheiten entscheidend herabzusetzen. Dies zeigte sich hierzulande bei dem erheblichen Rückgang z.B. von Alkoholpsychosen in Folge kriegs- und nach-kriegsbedingter Alkoholverknappung, wobei die damalige Lebenssituation sicher auch eine mitentscheidende Rolle gespielt haben dürfte, und dann wiederum bei dem Anstieg der Alkoholfolgekrankheiten parallel zur wachsenden wirtschaftlichen Prosperität in den letzten Jahrzehnten. Auf die Möglichkeiten der Generalprävention zur Eindämmung des Alkoholismus haben hierzulande insbesondere die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1975), die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (1975), K. FLATH (1975), W. HOLZGREVE (1975), H. W. JANZ (1974), H. RIEMENSCHNEIDER (1974) und insbesondere W. FEUERLEIN (1975) und letztgenannter Autor gemeinsam mit H. KÜFNER (1978) hingewiesen. Die Vorschläge dieser Autoren haben zum Ziel:

1. Die Vermittlung sozialer Normen, die zu mehr Selbstkontrolle und Frustrationstoleranz führen, die Vermittlung von sozialer Kompetenz zur Bewältigung von Lebensschwierigkeiten (G. SOMMER, 1977);
2. die Veränderung der hierzulande geltenden sozio-kulturellen Einstellungen zum Alkoholkonsum mit der Verbesserung der Information über Alkohol und die Folgen des Alkoholmißbrauchs;
3. die Bekämpfung von psychologischen und sozialen Verhältnissen, die zum Alkoholmißbrauch Veranlassung geben.

Als grundlegende Perspektive der Alkoholprävention zeigt sich, daß die Prävention des Alkoholmißbrauchs in erster Linie als ein soziologisches, ein sozialpsychologisches und ein psychologisch-pädagogisches Problem anzusehen ist. Die biologische Medizin mit ihren Erklärungsmodellen der Alkoholabhängigkeit läßt bislang keinen Ansatz zur Prävention erkennen. Ein solcher könnte sich am ehesten dann ergeben, wenn es gelänge, Risikopersonen zu entdecken, die neben einer ungünstigen Persönlichkeitsentwicklung auch entsprechend gestörte biochemische Verarbeitungs- und Abbauprozesse des Alkohols aufweisen.

Für die Planung und Durchführung präventiver Maßnahmen sind eine Reihe sozialpsychologischer Erkenntnisse der Einstellungs- und Kommunikationsforschung sowie der Werbepsychologie zu berücksichtigen.

Besonders für Aufklärungskampagnen mit Hilfe der Massenmedien ist die Theorie des zweistufigen Kommunikationsflusses (L. v. ROSENSTIEL, 1973) von Bedeutung. Die Informationen der Massenmedien erreichen die einzelnen nicht direkt, sondern wirken zunächst auf sogenannte Meinungsführer oder Meinungsbildner im Bekanntenkreis der einzelnen Personen oder in deren Bezugsgruppen und werden von diesen durch persönlichen Kontakt oder durch Mundpropaganda weitergegeben. Meinungsführer gibt es in allen sozialen Schichten sowie für unterschiedliche Lebensbereiche. Sie zeichnen sich vor allem dadurch aus, daß sie in ihrem jeweiligen Bereich durch die Massenmedien gut informiert sind und in ihren Bezugsgruppen meinungsbildend wirken. Zunächst müssen Einstellungs- und Motivstrukturen verschiedener Zielgruppen erforscht werden und die Werbeinformationen dann hierauf abgestimmt werden. Schließlich weist P. WÜTHRICH (1974) besonders auf die Bedeutung von Kleingruppen für die Entwicklung und Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen hin. Zwischen elterlichem Trinkverhalten und dem Trinkverhalten der Kinder besteht ein bedeutender Zusammenhang (S. WIESER, 1973). In Kleingruppen mit ihrer normativen Funktion erscheint es am besten möglich, Informationen über den Alkohol mit der individuellen Einstellungs- und Motivstruktur des einzelnen in Beziehung zu setzen und zu verändern. Hierbei können gruppenspezifische Methoden wie z.B. die themenzentrierte Interaktion (TZI) nach R. COHN (1975) eingesetzt werden. Diese Methode erscheint besonders geeignet, weil sie die drei wichtigsten Gesichtspunkte, nämlich das Objekt oder die Sache, hier also den Alkohol, das Individuum und die Gruppe in gleicher Weise berücksichtigt und einbezieht. Für die angestrebte Verhaltensmodifikation wird hier insbesondere die Bedeutung von Rollenspielen herausgestellt (G. SOMMER, H. ERNST, 1977).

Das Problem einer Alternative für die vielfältigen psychodynamischen Wirkungen von Alkohol und anderen Suchtmitteln läßt sich in der Prävention nur indirekt über eine Verbesserung der Sozialisation durch Förderung der Entwicklung sozialer Kompetenzen für die Konfliktbewältigung und die Identitätsentwicklung erreichen.

Am schwierigsten und auf lange Sicht gesehen erscheint die Beeinflussung des Trinkverhaltens als das wichtigste Ziel. Hierbei ist zur Zeit nur der Weg über Einstellungsänderungen zum Alkohol erfolgversprechend. Schnelle und grundlegende Veränderungen der Trinkstile sind, ganz gleich, welche Einflußmaßnahmen ergriffen werden, nicht zu erwarten. Um so mehr ist die Bedeutung positiver Leitbilder für eine alkoholfreie oder alkoholarme Lebensweise herauszustellen.

Eine Schlußbemerkung: Die Psychiatrie-Enquete hat unseres Erachtens mit Recht angesichts der immer noch wachsenden Bedeutung des Alkoholismusproblems in unserer Bevölkerung richtig entschieden, die Verbesserung des

gesamten Versorgungssystems zur Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation von Suchtkranken zu den Hauptaufgaben der Psychiatriereform zu zählen.

#### LITERATUR

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG, KÖLN: Aktionsprogramm zur Eindämmung und Verhütung des Alkoholmißbrauchs. Köln, 1975.

COHN, R. C.: Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Stuttgart, 1975.

DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN: Vorschläge für ein Aktionsprogramm zur Verhütung und Bekämpfung des Alkoholismus. Erarbeitet von der Kommission Prophylaxe und Öffentlichkeitsarbeit Alkoholismus und Drogengefährdung des Wiss. Kuratoriums der DHS. Suchtgefahren 21 f 1975) 47 - 51.

ERNST, K.: Eindämmung der Suchtkrankheiten: Nützen primärpräventive Gesetze? Referat innerhalb der Tagung „Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht“, Bonn, 1./2. 6.1978 Kongreßbericht Bonn, 1978,

FEUERLEIN, W.: Alkoholismus — Mißbrauch und Abhängigkeit, Stuttgart, 1975.

FLATH, K.: Volkswirtschaftliche Kosten durch Alkohol- und Tabakkonsum. In: W. Steinbrecher, H. Solms: Sucht und Mißbrauch, 2. Aufl., Stuttgart, 1975.

HOLZGREVE, W.: Die Abwehr der Suchtgefahren in der Bundesrepublik Deutschland einschl. West-Berlin. Forschung — Prophylaxe — Therapie — Rehabilitation. In: W. Steinbrecher, H. Solms: Sucht und Mißbrauch, 2. Aufl., Stuttgart, 1975.

JANZ, H. W.: Das Alkohol- und Drogenproblem als Aufgabe der Gesundheitserziehung. Suchtgefahren 20 (1940) 221-233.

KÜFNER, H., W. FEUERLEIN: Prävention und Alkoholmißbrauch. Medizin Mensch Gesellschaft 3 (1978) 10-17.

RIEMENSCHNEIDER, H.: Über die Entwicklung von Maßnahmen zur Verhütung und Behandlung des Alkoholismus. Rehabilitation 27(1974) 13-18.

PLAUT, C. F. A.: Prevention of alcoholism. In: S. E. Golann, C. Eisdorfer: Handbook of Community Mental Health. Appleton - Century - Crofts, New York, 1972.

ROSENSTIEL, L v.: Psychologie der Werbung. 2. Aufl., Rosenheim, 1973.

SOMMER, G., H. ERNST: Gemeindepsychologie. Therapie und Prävention der sozialen Umwelt. München, 1977.

WANKE, K., K.-L. TÄSCHNER, H. HÜNNEKENS: Generalprävention. In: Soziale Dienste für Suchtkranke und delinquente Kinder und Jugendliche, Band 10 der Schriftenreihe des Instituts für Kommunalwissenschaften, herausgegeben von der Conrad-Adenauer-Stiftung, Bonn, 1976.

WIESER, S.: Das Trinkverhalten der Deutschen. Herford, 1973.

WÜTHRICH, P.: Zur Soziogenese des chronischen Alkoholismus. Sozialmedizinische und pädagogische Jugendkunde, Band 10, Basel, 1974.

## Diskussion zum Vortrag von K. Ernst

(gekürzte Fassung)

*Picard:* Ich habe den Eindruck, daß wir es hier mit einem Problem zu tun haben, das uns alle sehr berührt, ich bin gespannt, Ihre Meinung dazu zu hören.

*Hafner:* Erstens: Herr Ernst machte darauf aufmerksam, daß die öffentliche Meinung eine wichtige Voraussetzung ist, um überhaupt in der Gesetzgebung Änderungen durchführen zu können. Wir müssen etwas dafür tun, daß das Problembewußtsein wächst, daß nämlich der Alkoholismus schweres Elend und Schaden bewirkt. Bisher wird mit großer Mühe eine Statistik des Pro-Kopf-Konsums an Alkohol erstellt. Was wir aber nicht haben, sind Daten - etwa über die Häufigkeit der Alkoholdelirien in der Bundesrepublik. Die Indikatoren, die uns zur Verfügung stehen, sind z. B. die Todesfälle an Leberzirrhose, die vom statistischen Bundesamt veröffentlicht werden. Wir haben auf Länderebene Daten über die Aufnahmen in psychiatrische Krankenhäuser wegen alkoholbedingter Erkrankungen. Über die schweren Komplikationen ist jedoch keine ausreichende Dokumentation vorhanden. Es fehlt uns überhaupt eine Dokumentation der- in Krankenhäusern aufgenommenen - psychischen Störungen auf Bundesebene. Ich möchte diese Forderung der Enquete hier nochmals unterstreichen. Wie wollen wir der Bevölkerung klar machen, zu welchen Konsequenzen etwas führt, wenn wir nicht harte Daten vorweisen können?

Zweitens scheint es so zu sein, daß - ganz gleich, welches politische oder gesellschaftliche System herrscht - in den meisten Gesellschaften ein hoher Anteil Individuen für berauschende suchterzeugende Substanzen anfällig ist. Wenn man z. B. an die großen Probleme denkt, die die Sowjetunion mit dem Alkoholismus hat, dann wird die Unabhängigkeit dieses Phänomens vom politischen System deutlich. Dennoch gibt es Gesellschaften, die keine Alkoholprobleme haben, und zwar die mohammedanischen Gesellschaften, denen die Lehre des Propheten alkoholische Getränke verbietet. Ich möchte mit diesem Beispiel nur klarmachen, was menschliche Überzeugungen, wenn sie eine bestimmte Dynamik erreicht haben, bewirken können.

Drittens glaube ich auch, daß das Problem Alkoholismus in erster Linie auf der präventiven Ebene angegangen werden muß. Wenn eine bestimmte Zahl Anfälliger in jeder Gesellschaft vorhanden ist, dann können wir die Situation nicht ändern, die die Leute zum Trinken veranlaßt, sondern müssen die Versorgung auf irgendeine Weise kontrollieren. Eine Verteuerung des Alkohols erscheint besonders bei hochkonzentrierten Substanzen empfehlenswert, denn mit vielen kleinen Schritten kann man auch etwas erreichen. Hier ein Beispiel für einen derartigen „kleinen Schritt“. In Mannheim ist eben ein neues Jugendzentrum eröffnet worden. Der Träger ist eine christliche, eine kirchliche Institution.

Ich habe mich erkundigt, ob man nicht darauf verzichten könnte, Alkohol auszuschenken, weil es risikoe erhöhend ist. Worauf man sagte, daß dann das Jugendzentrum von den Jugendlichen nicht angenommen würde, da es in den anderen Zentren auch Alkohol gäbe. Diese betrübliche Erfahrung ist in praktisch allen Städten der Bundesrepublik zu machen. Dagegen gibt es in der Schweiz eine Bewegung von antialkoholischen Jugendzentren und Gaststätten, die lebensfähig ist.

*Müller:* Ich finde die Korrelationen zwischen Alkohol und fiskalischen Maßnahmen, die Herr Ernst uns zeigte, sehr beeindruckend. In der Schweiz existiert noch ein anderes historisches Beispiel, das zeigt, wie man eine Form von Alkoholmißbrauch wirklich ausrotten kann, und zwar der Absinthmißbrauch. Nach einem Familienmord unter Absintheinfluß gab es eine Welle von Empörung, Unterschriftensammlungen und schließlich gesetzliches Verbot der Produktion und des Verkaufs von Absinth und tatsächlich gibt es seitdem in der Schweiz keinen Absinthalkoholismus mehr. Ich erwähne dieses Beispiel, um zu zeigen, inwieweit es durch gesetzliche Maßnahmen möglich ist, eine Form von Alkoholmißbrauch auszulöschen. Nach den Zahlen und Erwägungen von Herrn Ernst frage ich mich, ob man den Alkohol teurer machen sollte, aber nicht so teuer, daß dann wieder der Schwarzhandel rentabel würde. Eine mittlere Lösung zwischen dem, was die Prohibition in Amerika und anderen Ländern bewirkt hat und einem freien unbesteuerten Verkauf wäre vielleicht anzustreben. Übrigens sollte man sich nicht zu viele Illusionen über die idyllischen Verhältnisse in der Schweiz machen. Es ist keine Rede davon, daß die Schweiz eben so „trocken“ wäre, wie man vielleicht meinen könnte. Ich bin in der kantonalen Kommission zur Verteilung dieses Alkoholzehntels. Diese Kommission glänzt nicht durch Einfallsreichtum und Phantasie, es wird dort meistens nach dem Gießkannenprinzip verfahren, indem einfach denen, die schon was gemacht haben, wieder etwas gegeben wird.

Man macht eine Aktion, z. B. für jedes Kind einen Apfel in der 10-Uhr-Pause. Ob damit wirklich dem Alkoholismus Einhalt geboten wird, ist eine andere Frage. Z. B. ist es in meiner Gegend nicht gelungen, in den Krankenhäusern den Alkoholkonsum zu untersagen. Auf unseren chirurgischen Abteilungen wird nach wie vor viel getrunken. Auch ist es nicht gelungen, in den Autobahnraststätten ein Alkoholverbot durchzusetzen.

Eine letzte Bemerkung, das Elend in den Familien ist nicht immer nur eine Suchtfolge, sondern eben häufig auch die Suchtursache.

*Dilling:* Unsere psychiatrische Klinik in München ist zugleich Bundeswehrkrankenhaus. Man hat manchmal das Gefühl, daß die Bundeswehr eine Schule der Nation für den Alkoholismus ist, und das gerade in einem Lebensalter, in dem

die Weichen doch noch gestellt werden. Hat man erst einmal 20 Jahre getrunken, ist es viel schwerer, wieder vom Alkohol wegzukommen, so daß Prävention und Behandlung hier ansetzen müßten. Wir sollten uns Gedanken machen, ob im Rahmen der Bundeswehr durch administrative Maßnahmen nicht eine gewisse Kontrolle möglich ist, etwa durch kürzere Zeiten des Ausschanks u.a.

*Feuerlein:* Es hat sich gezeigt, daß zumindestens bei männlichen Patienten in der Psychiatrie die Alkoholiker die Nr.1 darstellen. Der Alkoholismus ist nicht wie die Drogen einem wellenartigen Auf und Ab unterworfen, sondern er ist ein Dauerproblem. Über den Alkoholismus und seine Behandlung wissen wir mehr als über die Rauschdrogen. Die Ergebnisse der Behandlung von Alkoholikern sind keineswegs so desolat, wie sie etwa bei Rauschdrogen immer wieder berichtet werden, z. B. bei Heroinabhängigen. So kann aus Suchtfachkliniken, die allerdings nur eine bestimmte Selektion von Alkoholikern behandeln, bei entsprechender Nachsorge doch mit Dauerergebnissen von 50 bis 60%, bei Katamnese 3 bis 5 Jahre gerechnet werden, d. h. Dauerheilung, dauernde Abstinenz bzw. soziale Heilung. Diese Ergebnisse könnte man sicher noch verbessern und es müßten neue Methoden entwickelt werden, die auch im ambulanten Bereich anwendbar sind, d. h., wir brauchen weiter Forschung. Deswegen kann ich auch nur die Forderung nach Forschung auf dem Gebiet des Alkoholismus unterstützen. Es genügt jedoch nicht, nur Grundlagenforschung zu betreiben, wie sich z. B. Ursachen auch auf das Wesen der Sucht ausrichten, sondern auch die Therapiemöglichkeiten müßten erforscht werden.

Zum Thema Prävention möchte ich auf zwei Punkte hinweisen: Das ist der Alkoholausschank in Krankenhäusern und der Alkoholkonsum in Betrieben. Der Alkoholausschank in Krankenhäusern ist offenbar sehr schwer einzudämmen, z. B. ist es in den allgemeinen Krankenhäusern im Raum München bisher nicht gelungen, den Alkoholausschank zu verbieten oder überhaupt in den Griff zu bekommen. Auch in psychiatrischen Krankenhäusern gibt es Alkohol. Es war außerordentlich schwierig, in unserem Krankenhaus, im Max-Planck-Institut für Psychiatrie, den Alkohol zu verbannen. Wir hatten jahrelang erheblich Probleme mit den Kioskbesitzern, die sich nicht daran gewöhnen wollten, daß sie hier keinen Alkohol ausschenken dürfen. Der Alkoholkonsum in Betrieben, und zwar nicht nur in den Hitzebetrieben, den Durstbetrieben, im Bauwesen, sondern auch in den Büros, stellt ein zunehmendes Problem dar und ich glaube, das wäre z. B. ein Gegenstand weiterer Forschung.

*Dörner:* Mich hat die Bemerkung von Herrn Ernst sehr beeindruckt, daß wir manchmal die kleinen Freiheiten den größeren Freiheiten vorziehen. In diesem Zusammenhang stellte ich fest, daß die von Herrn Huhn aufgelisteten pri-

märpräventiven Maßnahmen im wesentlichen alle negativ sind. Ich frage mich, ob es uns nicht mehr anstehen würde, darüber nachzudenken, womit man das Trinken überflüssig machen kann, also mehr positiv primärpräventiv zu denken als negativ und immer mehr kontrollierend. Vor allem glaube ich, daß sich bei immer mehr Kontrolle die Gefahr vergrößert, auf die Alkoholiker überhaupt hereinzufallen. Wir wissen, daß jeder Alkoholiker, der verheiratet ist, eine Frau hat, die kontrolliert. Das Trinken und das Kontrollieren kann sich so fabelhaft bedingen. Deswegen die Anregung, daß das primärpräventive Denken unse- rerseits versuchen sollte, mehr positiv zu sein.

*Odenbach:* Die Alternative ist nicht Alkoholika oder Nichttrinken, sondern es gibt auch andere Möglichkeiten zu trinken. Wenn Sie z. B. mit einer Hepatitis versuchen wollen, in einem deutschen Lokal keinen Alkohol zu trinken, werden Sie „coca-colarisiert“, weil Sie sonst nichts anderes bekommen können. Mit anderen Worten, wenn Sie keinen Alkohol nehmen, sind Sie eigentlich schon unerwünscht. Das müßte meiner Meinung nach positiv korrigiert werden. Eine Frage an Herrn Ernst: Haben die Bemühungen des „Züricher Frauenvereins“ auf die Dauer Erfolg gehabt, Kneipe auf Kneipe aufzukaufen, so daß die Männer an jeder Ecke in ein Lokal hereinkommen, in dem es nur alkoholfreie Getränke gibt?

*Meyer:* Ich beschäftige mich viel mit dem Problem der Fettsucht, die auch eine Suchtkomponente enthält. Es ist ganz deutlich zu sehen, wie sich die Industrie heute mühelos auf das Interesse umstellt, schlank zu sein und kalorienarm zu essen.

Eine persönliche Bemerkung: Mir ist schon mehrfach aufgefallen, daß man im Kreis von Psychiatern mit viel Erfahrung über Alkoholismus Hemmungen hat, sich zu einer konkreten Strategie durchzuringen, und irgendwo das Problem, ja ich wage zu sagen, nicht ernst nimmt. Wenn wir z. B. Herrn Ernst ernst nähmen, müßte man das Parlament auffordern, eine drastische Erhöhung der Steuern vorzunehmen, da es offenbar genug Beispiele gibt, mit einer vernünftigen Regulierung wenigstens etwas zu erreichen. Wir klagen, daß der Alkoholismus z. Z. das schlimmste Problem sei, und können uns aber nicht einmal auf einer solchen Tagung einigermaßen darüber klar werden, was zu tun ist. Auch von der Sachverständigen-Kommission wurde dieses Thema - außer in der Arbeitsgruppe - nicht diskutiert.

*Middethoff:* Ungefähr 1/3 aller Patienten, die zur Zeit in den Landeskranken- häusern in Baden-Württemberg aufgenommen werden, sind Alkoholiker. Bei den Männern sind es über 40% der Zugänge. Herr Feuerlein hat aus den USA berichtet, daß dort die schweren Fälle von toxischen Schäden durch Alkohol vergleichsweise gering seien. Er führte das auf Vitamin B - Beimengungen ins

Brot zurück, ist das wissenschaftlich haltbar, und wenn ja, sollte man bei uns nicht auch bestimmte Vitamine des B-Komplexes hinzufügen?

*Feuerlein:* In Amerika wird seit Jahren dem Brot Vitamin B zugefügt, um bestimmte Alkoholfolgekrankheiten, die auf Vitamin-B-Mangel-Erkrankung zurückzuführen sind, zu verhindern. Die Statistiken zeigen, daß mit dem Einsetzen dieser Anreicherung diese Krankheiten zurückgegangen sind. Nun muß man dazu sagen, daß das amerikanische Brot ganz anders ist als das deutsche. Unser weniger stark ausgemahlenes Brot enthält natürlicherweise mehr Vitamin B. Es wäre ein Ernährungsfachmann zu fragen, wie weit sich das ausgleicht.

*Bräutigam:* Ich bezweifle nicht, daß solche fiskalischen Maßnahmen, wie Herr Ernst sie referierte, statistischen Einfluß auf Alkoholschäden haben und daß weitere Aufklärung über die Schäden hilfreich sein könnte. Dennoch ist es eine halbe Sache, wenn nicht ein positives Leitbild entwickelt wird von dem Menschen, der selektiv und nur gezielt Alkohol genießt. In der positiven Propagierung eines Gesundheitsverhaltens liegt für uns Ärzte eine noch nicht ganz ausgeschöpfte Aufgabe. Es ist beeindruckend zu sehen, wie viele Menschen heute ihren Fettkonsum durch Aufklärung kontrollieren auch durch eine positive Zielsetzung.

Das Bild der Abstinenzbewegung der vergangenen Jahrhunderte ist heute etwas verstaubt. Wir müssen neue ideale Zielsetzungen entwickeln, die unseren Kranken helfen. Ich weiß z. B. von manchen Alkoholikern, denen es hilft, in der Gesellschaft sagen zu können, daß sie keinen Alkohol mehr trinken, weil sie Sportler im Training sind. Solche positiven Leitbilder brauchen wir und sollten sie als Ärzte und als AKTION in der Bevölkerung vertreten.

*Picard:* Es gibt seit längerem Überlegungen, wie man dem Problem des Alkoholismus durch Aufklärung, durch positive Leitbilder nahekommen kann. Die Frage ist immer die, ob es - statt Abstinenz zu postulieren - nicht erfolgversprechender ist, mit dem Stichwort „Mit Vernunft trinken“ der Sache beizukommen. Die positiven Möglichkeiten sollten stärker herausgestellt werden als diese absolute Eingrenzung oder das Verbot, denn Negation läßt sich nur schwierig propagieren.

*Ernst:* Ich bin Herrn Hafner dankbar, daß er noch einmal betont hat, daß „viele kleine Schritte“ mehr Erfolg versprechen als eine große und radikale Maßnahme. Zu Herrn Müller: Es war mir in der Tat eher etwas unheimlich, daß wir Schweizer plötzlich als „einsichtiges Volk“ dastehen sollten. Wer die Verhältnisse kennt, weiß, daß wir bis gegen 1970 in Europa im Pro-Kopf-Konsum an vierter Stelle nach den romanischen Ländern standen. Zu Herrn Feuerlein: Daß Alkoholiker spontan zum vernünftigen Trinken zurückfinden können, wi-

derspricht tatsächlich der starren Alternative „Alkoholkrankheit oder Totalabstinenz“.

Zu den Hinweisen der Herren Dörner, Meyer und Bräutigam über die Wichtigkeit der positiven Leitbilder meine ich, daß man auch die Gesetze nicht nur von der restriktiven Seite her sehen darf. Sie werden vom Bürger manchmal als eine Art Feed-back durchaus akzeptiert. Dies setzt freilich ein Minimum an Aufgeklärtheit voraus.

Auf die Frage von Herrn Odenbach, ob die Frauenvereine mit ihren alkoholfreien Restaurants tatsächlich genützt haben oder nicht, muß ich eine wissenschaftlich fundierte Antwort schuldig bleiben. Denn rückblickend läßt sich dieser eine Faktor aus dem ganzen Prozeß der damaligen Abstinenzbewegung unter August Forel nicht mehr isolieren. Aber ich würde doch meinen, daß er einer der „vielen kleinen Schritte“ bedeutet, die halfen, das Problem in der Bevölkerung überhaupt im Bewußtsein zu halten. Herr Picard, ich danke Ihnen für die Warnung vor der „absoluten Negation“. Ich glaube auch, daß wir mit ihr nicht „landen“ werden.

# Community Mental Health Centers in den Vereinigten Staaten

*F. Redlich*

Das Community Mental Health Center ist eine spezifisch amerikanische Institution; obwohl ähnliche Institutionen in der Bundesrepublik Deutschland, in Holland, den skandinavischen Ländern, in Großbritannien und Israel entstanden sind, bin ich der Ansicht, daß die amerikanischen Community Mental Health Centers charakteristische Merkmale aufweisen, die sie klar abgrenzen. Es ist wohlbekannt, daß verschiedene Varianten der Community Health Centers existieren, bedingt durch die Größe, örtliche Lage, soziale Zusammensetzung der versorgten Bevölkerung und die Beziehungen des Community Mental Health Centers zu anderen Institutionen des Gesundheitswesens und besonders zu medizinischen Zentren. - Trotzdem bin ich der Ansicht, daß es berechtigt ist, vom Konzept des Community Mental Health Centers zu sprechen.

## **Perioden der amerikanischen Psychiatrie**

Um die Entwicklung des Community Mental Health Centers zu diskutieren, will ich mit einer kurzen Darstellung der Hauptphasen der amerikanischen Psychiatrie beginnen.

Es ist behauptet worden, daß das Community Mental Health Center das Ergebnis einer Revolution, der dritten psychiatrischen Revolution sei. Zwei andere Ereignisse wurden als Revolutionen bezeichnet. Das erste war das Abnehmen der Ketten von Geisteskranken durch Pinel, das zweite war Freuds Entdeckung des Unbewußten. Wenn Ketten eine Einschränkung der Freiheit symbolisieren, müssen wir leider feststellen, daß Geisteskranke nicht frei sind, und daß sogar unberechtigte körperliche Freiheitseinschränkung noch häufig vorkommt. Freuds epochale Leistung wäre eher eine wissenschaftliche als eine psychiatrische Revolution zu nennen. Sie hat die großen therapeutischen Probleme der Psychiatrie, wie die Behandlung von Psychosen und sogar der Neurosen nur bis zu einem bestimmten Grade gelöst. Gewiß ist die dritte Revolution unter dem Banner psychischer Gesundheit und Vorbeugung eher Utopie als Realität. Ich kann nicht umhin, hier NESTROY's Ausspruch zu zitieren, daß aller Fortschritt nur halb so groß ist, wie er anfangs erscheint.

Um die Entwicklung des Community Mental Health Centers zu verstehen, könnte es von Hilfe sein, drei Phasen der amerikanischen Psychiatrie zu unterscheiden.

1. Die Phase des autoritären Verwahrs (ein Ausdruck, den M. GREENBLATT) (1) einführte),

2. die psychodynamische Phase und
3. die Phase einer umfassenden Psychiatrie.

Man muß im Auge behalten, daß diese Phasen nicht scharf abgegrenzt sind; Reste der älteren Phasen sind in den neueren Epochen noch wahrzunehmen. Die dominante Institution der ersten Phase waren die großen staatlichen Heil- und Pflegeanstalten, eine irreführende Bezeichnung, da es sich in Wirklichkeit um Lagerhäuser für chronisch Kranke handelte. Therapie seit dem Verfall der „moralischen Therapie“ um die Jahrhundertwende gab es nicht. Privatpraktiker waren selten, und die akademische Psychiatrie war im Vergleich mit Europa unterentwickelt. CLIFFORD BEERS, ein ehemaliger psychiatrischer Patient und Gründer der Psychischen Hygiene-Bewegung, gab kritischen Gedanken Ausdruck über die menschliche Behandlung Geisteskranker, die seiner Zeit weit voraus waren.

Obwohl die Komtherapien in den dreißiger Jahren eingeführt wurden, begann eine neue Phase erst nach dem zweiten Weltkrieg. Die amerikanische Militärpsychiatrie spielte im zweiten Weltkrieg eine beträchtliche Rolle. Psychiater beurteilten fast zwei Millionen als militäruntauglich und entließen fast eine Million aus psychiatrischen Gründen. Dies mag die Politiker und Generäle fast genauso beeindruckt haben wie die Erfolge der Psychiater in der Behandlung akuter Kriegsneurosen. Die psychiatrische Führung während des Krieges stand der Psychoanalyse wohlwollend gegenüber. Obwohl die ersten Psychoanalytiker schon vor dem ersten Weltkrieg in Nordamerika praktizierten, begann die Einwanderung prominenter Analytiker erst in den dreißiger Jahren mit einem Massenexodus vom Nationalsozialismus. Aus kulturellen und sozialen Gründen wurde die Psychoanalyse in den Vereinigten Staaten freundlich aufgenommen (2). Die Mehrzahl der führenden Psychiater der Vereinigten Staaten in den vierziger und fünfziger Jahren waren Analytiker. Die junge Elite der amerikanischen Psychiatrie bemühte sich um eine psychoanalytische Ausbildung, und auch viele andere Wissenschaftler auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit waren voller Hoffnung, daß die Psychoanalyse die großen Aufgaben der Psychiatrie lösen könnte.

Ein anderes Ereignis während dieser Zeit - die Gründung des National Institute of Mental Health - war von entscheidendem Einfluß auf die Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychiatrische Soziale Fürsorge und die Psychiatrische Krankenpflege. Obwohl die National Institutes of Health in anderen Fächern nur eine Forschungsaufgabe hatten, unterstützte das National Institute of Mental Health nicht nur Forschung, sondern auch Fachausbildung, da ein Mangel an Psychiatern, klinischen Psychologen, psychiatrischen Fürsorgern und psychiatrisch geschulten Krankenschwestern bestand. Die Veterans Administration war die einzige bundesstaatliche Organisation, die auch einen Krankendienst in großem Maßstab organisierte und dadurch eine der bedeu-

tenden Stellen des öffentlichen Gesundheitswesens wurde. Unter dem Einfluß der Psychoanalyse entwickelte sich auch die psychotherapeutische Privatpraxis ganz erheblich und brachte den Praktikern Geld, Einfluß und Prestige wie noch nie zuvor.

Sozialpolitische Änderungen und technologische Entdeckungen in den mittelfünfziger Jahren leiteten eine neue Periode ein. Eine Reihe von relativ wirksamen Psychopharmaka wurden durch Zufall und Forschung entdeckt. Sie befähigten Psychiater, Schizophrenen, manisch-depressive und endogen depressive Psychosen wirksamer zu behandeln als je zuvor und erlaubten es, daß solche Kranken in ihrer natürlichen Umgebung lebten und nicht in den chronischen Abteilungen der psychiatrischen Anstalten dahinsiechen mußten. Die Therapien wurden kürzer und häufiger in den psychiatrischen Stationen und Ambulanzen der allgemeinen Krankenhäuser durchgeführt. Eine beträchtliche und zunehmende Anzahl von „Klienten“ wurde außerhalb des traditionellen psychischen Gesundheitssystems in Schulen und Wohlfahrtsbehörden „behandelt“. Wenige Jahre später wurden „Medicare“ - eine Krankenversicherung für alte Menschen und „Medicaid“ - eine solche Versicherung für Arme und Erwerbsunfähige - durch Bundesgesetze eingeführt. Diese Gesetze ermöglichten es, daß die medizinische und damit auch die psychiatrische Behandlung der Alten und der Armen nicht mehr von den Staaten, sondern vom Bund finanziert werden konnte. Das erwachende soziale Bewußtsein der Armen, der rassistisch verfolgten Schwarzen und spanisch sprechenden Nordamerikaner, unterstützt von politisch sympathisierenden Studenten, drückte sich im Verlangen nach Gleichberechtigung im Wohlfahrts- und Wohnwesen, in Erziehung, auf dem Arbeitsmarkt und auch im Gesundheitswesen aus. Das Verlangen nach sozialer Gerechtigkeit drückte sich auch in einer neuen medizinischen Ethik aus, in der der Konsument mitbestimmend wurde. In diese Zeit fällt auch das eindrucksvolle Wachstum der professionellen und nichtprofessionellen Mental-Health-Berufe, die sich innerhalb von zwanzig Jahren vervierfachten. Obwohl sich der Enthusiasmus für lange psychotherapeutische und psychoanalytische Behandlungen verringerte, bestand ein beträchtlicher Optimismus (wohl nicht auf Tatsachen beruhend), daß die meisten psychischen Krankheiten nicht nur kuriert, sondern auch verhindert werden könnten.

Verschiedene Fachleute auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit und auch Urbanologen und Politiker der städtischen Ghettos kamen zu der Ansicht, daß nicht nur die psychiatrischen Patienten ungleich versorgt werden, sondern daß auch soziale Faktoren wie Armut, Mangel an Erziehung und rassistische Vorurteile eine große etiologische Bedeutung für psychische Störungen und Krankheiten haben. In konsequenter Weise setzten sie sich das Ziel, diese sozialen Übel und angeblichen Ursachen der psychischen Störungen abzuschaffen und damit die „Great Society“ mit Hilfe der Community Health Cen-

ters ohne eine ökonomische oder politische Revolution herbeizuführen. Dies waren die Umstände und Voraussetzungen unter denen sich die Community Mental Health Centers entwickelten.

## **Die Entwicklung der Community Mental Health Centers**

Die Gründung der Community Mental Health Centers war ein außerordentlicher Erfolg einer Gruppe von Psychiatern im U. S. Public Health Service unter der Führung von Dr. Robert Felix, dem ersten Direktor des National Institute of Mental Health. Diese Gruppe, mit einer starken sozialhygienischen Einstellung, hatte ambitionierte Pläne für das National Institute of Mental Health. Das Ziel war nicht nur ein Lehr- und Forschungsinstitut wie die anderen National Institutes of Health, sondern die Entwicklung eines nationalen Netzwerks für Behandlung und Vorbeugung. Gleichzeitig wollte Dr. Felix auch, daß das National Institute of Mental Health sich von den anderen Institutes of Health trennt und eine selbständige Behörde wird. Das gelang 1967, und damit kam es auch zu einer Distanzierung von den bio-medizinischen Instituten. Ein klinisches Programm im Rahmen der Bundesbehörden zu entwickeln, war keine kleine Aufgabe. Die existierenden konstitutionellen Bundesgesetze waren gegen eine Beteiligung der Bundesregierung und sprachen eindeutig dafür, die Krankenbehandlung den Einzelstaaten zu überlassen. Sehr geschickte parlamentarische Manöver und der Einsatz machtvoller Bundesabgeordneter machten es möglich, diesen Schritt zu unternehmen. 1955 wurde eine Kommission unter Beteiligung von Fachärzten und Laien, Vertretern des Public Health Service, der staatlichen psychiatrischen Anstalten, dem National Institute of Mental Health unter dem Vorsitz von Dr. Jack Ewalt gegründet. Die Vorschläge dieser Kommissionen setzten sich für aktive Therapie ein und standen den staatlichen Anstalten kritisch gegenüber, aber ohne sie abschaffen zu wollen. Der Führung des National Institute of Mental Health schienen aber diese Empfehlungen zu konservativ. Dr. Felix hatte einen Gegenvorschlag, einen „kühnen, neuen Angriff“, wie ihn Präsident Kennedy in seiner bekannten Rede vom 5. Februar 1963 nannte (3). Der neue Plan sah eine Entwicklung von 2000 gemeindenahen Community Mental Health Centers vor. Präsident Kennedy wurde der mächtigste Verbündete dieser Bewegung. Kennedy war von der Führung des National Institute of Mental Health beeinflusst und außerordentlich optimistisch. Seiner Ansicht nach war es möglich, mit hinreichendem Personal die meisten an psychischen Krankheiten leidenden Menschen erfolgreich zu behandeln und sogar - mit Ausnahme einer geringen Minorität - die üblen Konsequenzen solcher Krankheiten zu verhindern.

Psychische Gesundheit schien den Planern in greifbarer Nähe. 1963 wurden 150 Millionen Dollar für Konstruktion von Community Mental Health Centers genehmigt. 1967, unter Präsident Johnson, wurden weitere 73,5 Millionen Dollar für Personal - diesmal mit allmählicher Beteiligung von Seiten der Bun-

desstaaten - den Community Mental Health Centers zugewiesen. Diese Community Mental Health Centers hatten die Leistungsfähigkeit, fast der halben Bevölkerung des Landes zu dienen. Bis zum Jahre 1976 wurden über eine Million Dollar für deren Budgets verwendet (4). Allerdings war das beträchtlich weniger als der ursprüngliche Traum. Das Budget genügte nicht, die Bevölkerung angemessen zu versorgen oder den existierenden Apparat der Gemeinde so zu verwenden, daß die armen und alten Patienten, die aus den Großanstalten entlassen wurden, weitere Behandlung erhielten. Diese Patienten wurden in billigen Privatpensionen oder in profitablen aber schlechten Pflegeanstalten aufgenommen. Das war natürlich wesentlich anders als die Hoffnungen und Erwartungen der Planer. Die Bevölkerung der städtischen Ghettos war besonders enttäuscht, nicht nur, weil die psychiatrische Behandlung und Versorgung so unbefriedigend war, sondern weil auch die Bevölkerung der städtischen Ghettos im großen und ganzen keinen wesentlichen Einfluß auf die Zentren gewann. Wo so ein Einfluß zustande kam, zeigten sich tiefe Konflikte zwischen den professionellen und den Konsumentengruppen, die sich gewöhnlich in einer schlechten Führung der Zentren zeigte. Die Ghettobevölkerung hoffte auch durch Besetzung von gewissen Steilen von diesen Zentren zu profitieren, was aber kaum zustande kam. Konsumentenvertreter wie Ralph Nader und Mitarbeiter kritisierten einen Mangel an Verantwortung einerseits der Gemeinde, andererseits dem Institute of Mental Health gegenüber (5).

Diese Autoren rügten auch die Community Mental Health Centers wegen angeblicher Dominanz des medizinischen Modells, das ihrer Ansicht nach für die Erfüllung der gestellten Aufgaben unzulänglich und falsch war. Auch viele Psychiater waren unzufrieden. Der Einfluß der Psychologen, Fürsorger, Krankenschwestern und vor allem der Paraprofessionellen, neuen Professionellen und Nicht-Professionellen war den Psychiatern unerwünscht und vom Standpunkt des konservativen Elements in der Psychiatrie wohl auch gefürchtet. Die radikalen Elemente in den Berufsklassen des psychischen Gesundheitswesens betrachteten die Community Mental Health Centers als Instrument einer städtischen Reform oder sogar einer unblutigen Revolution; sie waren enttäuscht, daß sich ihre Hoffnungen nicht erfüllten. Wie entwickelten sich die Community Mental Health Centers unter diesen Bedingungen? Ehe ich diese Frage beantworte, will ich zuerst die Prinzipien der Community Mental Health Centers beschreiben:

### **Prinzipien der Community Mental Health Centers**

1. Das Community Mental Health Center hat die Aufgabe, Patienten mit psychischen Krankheiten und Störungen zu finden, zu diagnostizieren, zu behandeln und solche Störungen zu verhindern. Das Aufspüren der Fälle und die Vorbeugung differenzieren das Community Mental Health Center von traditionellen Institutionen. Das Hauptziel ist die Erhaltung psychischer Gesundheit

und nicht nur die Behandlung psychischer Störungen, Community Mental Health Centers nützen die Einrichtungen der Gemeinde aus, um diese Aufgaben zu erfüllen; sie sollen Institutionen der Gemeinde ändern, verbessern oder abschaffen, falls diese Institutionen psychische Störungen fördern oder nicht verhindern. Das bedeutet natürlich eine grundlegende Erweiterung der Funktionen, verglichen mit traditionellen psychiatrischen Anstalten und Kliniken. Die Wichtigkeit sozialer Faktoren, wie Armut und Rassismus ist betont.

2. Community Mental Health Centers haben die Aufgabe, 70000 bis zu 200 000 Personen in einem gegebenen Einzugsgebiet (catchment area) zu versorgen. Die Behörden und Institutionen in einem solchen Revier sind verpflichtet, mit dem Community Mental Health Center und untereinander als System zusammenzuarbeiten. Das Konzept des Systems ist ein fundamentaler Begriff für das Community Mental Health Center. Das Community Mental Health Center wird von der Bundesregierung und mit zunehmenden Beiträgen von den Landesregierungen und Gemeinden finanziert.

3. Das Community Mental Health Center umfaßt direkte und indirekte Dienste. Die direkten Dienste sind stationäre und ambulante Behandlung, Tag- und Nachtbehandlung, Krisenintervention, Übergangsdienste, Rehabilitierungsdienste und unkonventionelle Dienste wie „Store Front Psychiatry“ oder Behandlung durch nicht-professionelles, ansässiges Personal oder freiwillige Hilfskräfte. Die indirekten Dienste umfassen Konsultation und Unterrichtung von Therapeuten, Patienten und potentiellen Patienten. Dauerkonsultation, das heißt, nicht nur Konsultation auf Wunsch, und Erziehung sind die Hauptmethoden der vorbeugenden Funktionen des Centers. In allen Institutionen wird Forschung empfohlen aber relativ selten durchgeführt. Die Notwendigkeit von Evaluation wird betont und deren Kosten sind im Budget vorgesehen.

### **Die Leistungen der Community Mental Health-Centers**

Evaluation war eine der wichtigsten Bedingungen bei der Gründung der Community Mental Health Centers. Das Resultat war - mit Hilfe von Computern -eine große Sammlung von unübersehbaren Daten. Eine beträchtliche Anzahl von Arbeiten auf diesem Gebiet wurde veröffentlicht, aber zu einer klaren und eindeutigen Einsicht in die Leistungen der Centers kam es nicht. TROTTER und CHU betonen dies in kritischer Weise (5), und man muß wohl zugeben, daß die großen Ausgaben es gerechtfertigt hätten, Voruntersuchungen und experimentelle Projekte zu unternehmen. Als die führenden Psychiater des National Institute of Health um eine Erklärung ersucht wurden, antworteten sie, daß solche Untersuchungen wohl Jahre gedauert hätten, und damit die Möglichkeit, die Zentren zu etablieren, verloren gegangen wäre. Die Geschichte hat ergeben, daß dieser Einwand richtig war. Das politische Klima unter den

Präsidenten Kennedy und Johnson war für die Reform des Wohlfahrts- und Gesundheitswesens günstig. Das Nixon-Regime hatte solche Tendenzen nicht. Dieses Regime blockierte die notwendigen Budgets und hoffte, daß die Centers, die zum Teil Brennpunkte revolutionärer Tätigkeit waren, an „Hunger“ zugrunde gehen würden.

Tatsächlich kann man den relativen Mißerfolg der Community Mental Health Centers - zum Teil wenigstens - durch die Unterfondierung erklären. Man muß auch die Schwierigkeiten einer solchen Evaluation erkennen. Es gibt kaum gute Unterlagen für Kostenwirksamkeit und Kostennutzen auf dem Gebiet des psychischen Gesundheitswesens. Nur wenige und im allgemeinen unbefriedigende zusammenfassende Studien sind vorhanden. Unsere Maßstäbe für die Qualität psychiatrischer Versorgung sind unzulänglich. Die Review Boards befassen sich gewöhnlich mit der Auswertung der vom psychiatrischen Standpunkt relativ unwichtigen Normen für Sicherheit und Hygiene. Trotz solcher Schwierigkeiten gewinnt man aber den Eindruck, daß Praktiker und Forscher keinen wirklich entschlossenen Versuch unternommen haben, um die Tatbestände zu eruieren. Gewisse Tatsachen stehen jedoch fest.

## Die Patienten

Fig. I gibt eine Übersicht über die Patientenversorgung im Jahre 1973. Der Prozentsatz der Patientenepisoden in den Community Mental Health Centers betrug ungefähr ein Viertel aller Episoden. Diese Zahl zeigt auch die Bedeutung der Mental Health Centers verglichen mit anderen psychischen Gesundheitsinstitutionen. Die Beziehungen der Community Mental Health Centers zum Niedergang der staatlichen Anstalten und zum Wachstum der Pflegeheime werde ich später besprechen.

Fig. H zeigt, daß die Patienten der Community Health Centers hauptsächlich ambulante Patienten sind. Die Bettenzahl beträgt nur 3,1 Prozent der gesamten Betten, ein geringer Prozentsatz im Vergleich mit anderen Institutionen. Die Dauer der Behandlung von stationären und ambulanten Patienten ist relativ kurz; im Connecticut Mental Health Center war sie eine bis zehn Wochen bei stationären Patienten\* und drei bis zwölf Monate bei ambulanten Patienten\*\*.

Wer sind die Patienten in den Community Mental Health Centers? Trugen die Community Mental Health Centers zu einer gerechteren Verteilung der Behandlung bei? Eine Reihe von Studien in den fünfziger und sechziger Jahren

\*Die Dauer der Behandlung ist auf verschiedenen Stationen und in Spezialkliniken unterschiedlich lang.  
\*\*Selten werden ambulante Patienten häufiger als einmal in der Woche gesehen.

hat eindeutig bewiesen, daß Patienten der oberen sozialen Schichten hauptsächlich in Privatanstalten und Privatordinationen psychotherapeutisch behandelt wurden, während die Patienten der unteren Schichten hauptsächlich mit organischen Therapien oder überhaupt nicht behandelt wurden. Da die meisten Schwarzen und spanisch sprechenden Patienten in den Vereinigten Staaten von den unteren Schichten kamen, waren auch sie von den besseren Behandlungsmethoden ausgeschlossen. Man erwartete, daß Community Mental Health Centers Patienten aller Schichten behandelten, und daß sie speziell für die sozial und wirtschaftlich Benachteiligten adäquate Behandlungsmöglichkeiten schaffen würden.

Eine Untersuchung der Community Mental Health Centers in North Carolina zeigte, daß Klassenunterschiede in der Versorgung der Patienten weniger betont sind als vor zwanzig Jahren (6,7). Allerdings werden Patienten der oberen Schichten noch immer in Privatspitälern und psychotherapeutisch in Privatordinationen behandelt, während die stationären Patienten der Unterklasse noch immer vorwiegend in staatlichen Anstalten sind. Es ist von Interesse, daß die durch Krankenversicherung ermöglichte Psychotherapie von Patienten der Arbeiterklasse nicht gewählt wird. Im allgemeinen ist aber die soziale Verteilung der psychiatrischen Behandlungsmethoden und besonders die Zulassung zu den Institutionen nach gerechten Prinzipien geregelt. Obwohl das Connecticut Mental Health Center keine Ausnahme darstellt, fanden MOLLI-CA und Mitarbeiter (8), daß in den sozialen Schichtungen entsprechende subtile Unterschiede noch immer bestehen, obwohl die Institution jeden seinen Bedürfnissen entsprechend behandeln will. Eine genauere Untersuchung der einzelnen Kliniken und Stationen ergab, daß die Behandlungsmethoden der Patienten der unteren sozialen Schichten, der rassischen Minoritäten und der „Unerwünschten“ - wie etwa der Alten, der Alkoholiker und Süchtigen - noch immer auf einem niedrigeren Niveau behandelt werden. Sie wurden auch von Professionellen mit niedrigerem Status und von Therapeuten ohne professionelle Ausbildung behandelt. Es ist unwahrscheinlich aber möglich, daß diese Therapeuten das Gleiche leisten wie die Therapeuten der höheren Schichten, z. B. Psychiater. Es ergibt sich also die Folgerung, daß eine unterschiedliche Schichtung in der Behandlung in den Community Mental Health Centers noch immer existiert. Patienten in Stationen und Kliniken, wie etwa Alkoholiker, Süchtige oder alte Leute, werden fast immer von Therapeuten der „niedrigeren Stufe“ betreut. Außerdem sind Community Mental Health Centers überlastete Institutionen. Sie können nicht allen Patienten gerecht werden. In ihrer Absicht dies zu tun, müssen sie Kompromisse eingehen und das Behandlungsniveau senken. Die andere Alternative ist, ein System der ungleichen Verteilung weiterzuführen. TISCHLER und seine Mitarbeiter (9) wiesen darauf hin, daß die Community Mental Health Centers nicht nur von den am schwersten Kranken, sondern eher von einer jüngeren Gruppe von Patienten ohne

soziales Unterstützungssystem, wie etwa Patienten ohne Familien, Partner, Freunde oder ohne Mitgliedschaft in Kirchen, Klubs etc. benutzt werden. Vor kurzem konnte man sagen, daß die ungerechte Verteilung das Resultat einer Auswahl von Psychiatern und anderen psychischen Gesundheitsprofessionellen war, die Patienten für Psychotherapie wählten, die entweder jung, attraktiv, intelligent, interessant oder reich waren; zumindest zwei dieser Kennzeichen mußten vorhanden sein, um die Aufnahme des Patienten in die Therapie zu garantieren. Vielleicht ist Reichtum, seitdem es Mental Health Centers und eine Krankenversicherung gibt, keine solche Vorbedingung mehr. Sonst hat sich aber wenig geändert. Ob diese durch Schichtung bedingte Selektion für Psychotherapie je überwunden werden wird, ist höchst fraglich. Man könnte aber sagen, daß psychotherapeutische Behandlung im Gegensatz zu medizinischer Behandlung nicht bei Patienten aller Klassen gleich anwendbar sei.

Welche Behandlungsmethoden die besten sind und wer die Therapeuten sein sollen, kann ohne weitere und schwierige Forschung vorderhand nur in breiten Zügen beantwortet werden. Ohne solche Forschung kann man z. B. die Frage nach Kostenwirksamkeit und Kostennutzen nicht beantworten. Wir können aber heute schon feststellen, daß Community Mental Health Centers nur einen Bruchteil der Gesamtkosten für psychische Behandlung darstellen. 1974 wurden 4,2 Prozent des nationalen Gesamtbudgets für psychische Gesundheit auf Community Mental Health Centers verwendet. Fig. III zeigt, daß dieser Prozentsatz wesentlich geringer ist als die 8,6 Prozent für Privatpraktiker oder die wesentlich höheren Ziffern für stationäre Behandlung in staatlichen Anstalten, oder gar die Höchstbeträge (29,3 Prozent) in Pflegeheimen. Die relativ geringen Kosten für die Behandlung des einzelnen Patienten sind um so wichtiger, als bei stationären Behandlungen zu den direkten Kosten noch die indirekten Kosten durch Arbeitsverlust etc. angerechnet werden müssen.

### **Community Mental Health Centers, die staatlichen Großanstalten und die Pflegeheime**

Es wird oft behauptet, daß die Community Mental Health Centers für die Reduktion der Bettenzahl in den psychiatrischen Großkrankenhäusern und auch für deren Verfall verantwortlich sind. Ich bin der Ansicht, daß weder eine solche Reduktion noch der Verfall der Großanstalten von den Community Mental Health Centers verursacht wurde, sondern daß sowohl ein solcher Niedergang als auch die Entwicklung der Zentren das Resultat komplizierter sozio-politischer und ökonomischer Ereignisse ist. Ich behaupte außerdem, daß die Reduktion der Großanstalten und das Schließen solcher Anstalten nicht das Resultat moderner Behandlung mit psychotropischen Mitteln war. Die Tatsachen ergeben, daß solche Mittel mehrere Jahre vor der Reduktion in den Anstalten verwendet wurden und daß die Zahl der Entlassungen erst seit der

Einführung der Versicherungssysteme Medicare und Medicaid beträchtlich angestiegen ist. Andererseits ist es vollkommen richtig, daß die Entlassung dieser Patienten durch die Einführung psychopharmakologischer Behandlungsmethoden wesentlich erleichtert wurde.

Leider fanden viele der entlassenen Patienten nicht den Weg in die Gemeinde sondern in Pflegeheime. Diese privat-wirtschaftlich auf Profit eingestellten Unternehmen wurden ohne Plan oder klare Absicht der Professionellen des psychischen Gesundheitswesens gegründet. Es sind wichtige Institutionen für die - leider sehr schlechte - Versorgung der entlassenen Patienten (10). Es ist erstaunlich, daß Fachleute die Tatsache ignorieren, daß die Hälfte aller Patienten und 75 Prozent der Patienten über 65 Jahre in solchen Anstalten sind. Die Qualität der Pflegeheime schwankt zwischen luxuriös (bei ganz wenigen) und elend (bei den meisten). Die meisten haben ungenügendes Personal, sind unter unzureichender professioneller Kontrolle und bieten den Patienten eine ungestaltliche Umgebung. Viele bessere Pflegeheime weigern sich, psychiatrische Patienten aufzunehmen. Die schlechteren sind „dezentralisierte chronische Abteilungen“. Sind sie besser oder schlechter als solche Abteilungen in den Großkrankenanstalten? ich kann das nicht beantworten. Vor kurzem hätte ich gesagt, daß es außer Strafanstalten und Konzentrationslagern nichts Ärgeres gibt als solche chronischen Abteilungen. Ich fand die meisten Pflegeheime ebenso schlecht wie die chronischen Abteilungen. Sie sind elende und deprimierende Stätten einer entmenslichten Versorgung ohne professionelle Überwachung. Wenn man Community Mental Health Centers gerechte Vorwürfe machen kann, ist es wegen ihrer Unfähigkeit, als System dafür zu sorgen, daß entlassene Patienten besser versorgt werden, den Standard in der Versorgung in den Pflegeheimen zu verbessern und adäquate Übergangsinstitutionen zu schaffen. Bedauerlicherweise sind diese Pflegeheime administrativ nicht im Bereich des psychischen Gesundheitssystems und daher einer Kontrolle durch psychische Gesundheitsbehörden nicht zugänglich. Das ist nur ein anderer Hinweis darauf, daß niemand im psychischen oder im allgemeinen Gesundheitswesen sich wirklich dieser chronischen und hoffnungslosen Patienten annehmen will. Sie sind heute ebenso „unerwünscht“ wie in der vorigen Generation. Ich bin der festen Überzeugung, daß, falls weitere nennenswerte Beträge für Community Mental Health Centers verwendet werden sollten, diese Beträge nicht für die Gründung neuer Zentren, sondern als erste Priorität für die Versorgung und Rehabilitierung der alten und chronischen Patienten verwendet werden sollten.

### **Vorbeugung und Community Mental Health**

Ich habe bereits auf das spezielle Ziel der Vorbeugung hingewiesen. Die Architekten des Community Health Center Programms nahmen an, daß Armut, unzulängliche Behausung, mangelnde Erziehung und andere Stresse des

städtischen Ghettos psychische Störungen verursachen oder zumindest wesentlich zu solchen Störungen beitragen. Zweifellos sind für die Armen und sozial Benachteiligten gute Behandlungsmethoden schwer erreichbar, daß Armut und Disorganisation der Gemeinde psychische Störungen verursachen, ist schwieriger zu beweisen. Man kann allerdings annehmen, daß Inkompetenz, Frustration, unmoralisches Verhalten und Verbrechen Folgen der oben genannten sozialen Zustände sind. Sind diese Zustände aber dasselbe wie psychiatrische Krankheiten und Störungen? Sind sie notwendige Bedingungen für solche Störungen? Ich behaupte, daß klare Beweise für solche Annahmen bisher nicht erbracht wurden. Community Mental Health Centers aber stellten sich das Programm, psychische Störungen durch Verbesserung der Institutionen und sozialen Zustände der Gemeinden zu verhindern. Das sollte durch indirekte Dienste, also durch erzieherische Maßnahmen und durch Dauerkonsultation erfolgen. Über die Berechtigung und den Erfolg dieser Maßnahmen wurde viel diskutiert und gestritten. Viele, die sich für solche Methoden einsetzten, glaubten, daß dieses Ziel nicht genügend verfolgt würde (11).

Diejenigen, die empfahlen, im Rahmen eines medizinischen Modells zu arbeiten, fanden die Ziele der Änderung der sozialen Institutionen und Zustände zu ambitioniert oder überhaupt verfehlt. Man kann wohl sagen, daß die Informationsbasis für die indirekten Dienste sehr dürftig ist. Man muß andererseits zugeben, daß die Medizin und auch die Psychiatrie und die mit ihr verwandten Berufe eine konservative Einstellung haben. Die meisten Fachleute, mit Ausnahme einer kleinen Minorität, hatten kein wirkliches Interesse an revolutionären Experimenten oder weitgehenden sozialen Reformen. Ich bin ferner der Ansicht, daß diese Bemühungen die Kompetenz der Fachleute auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit übertraf. Wir sind weder als Urbanologen noch als Berufspolitiker ausgebildet. Wenn ich z.B. solche Fähigkeiten besäße, würde ich eher Bürgermeister als Psychiater sein wollen. Ich bin auch der Ansicht, daß heute unsere Kenntnisse über Verhütung von psychischen Störungen und Krankheiten (mit Ausnahme gewisser genetischer Krankheiten) minimal sind, da wir nicht genügend über deren Etiologie wissen.

Meiner Ansicht nach ist aber die Erziehung zur psychischen Gesundheit von großer Wichtigkeit. Wenn wir breite Massen über unser Wissen informieren und deren Lebensstil beeinflussen wollen, ist dies ein wichtiger Weg. Ich muß allerdings zugeben, daß unser praktisches Wissen auf diesem Gebiet spärlich ist, und daß wir auch derartige Versuche bisher nicht ausgewertet haben. Im Gegensatz zur Erziehung finde ich, daß die Konsultation - in Form einer Dauerkonsultation - und nicht einer Konsultation auf Wunsch - ein Mißerfolg war. Vielleicht wird es einmal möglich sein, die Gemeinde und ihre Organisationen als „Patienten“ zu behandeln. Heute ist dieser Versuch verfrüht. Was wir brauchen auf dem Gebiet der Prävention ist Forschung und nicht vorzeitige, präventive und verfehlt Versuche.

## Die Zukunft der Community Mental Health Centers

Nach einem bemerkenswerten Aufstieg sind die Community Mental Health Centers in einer Krise. Ich zögere von einem Niedergang zu sprechen, da viele der Probleme, die gegenwärtig Community Mental Health Centers plagen, durch bessere Konzepte, Planung und vor allem bessere Finanzierung gelöst werden können. Die Hoffnung auf ein größeres Budget ist realistisch, da die Kommission Präsident Carters empfiehlt, weitere 350 Millionen Dollar für Bauten und Personal der Community Mental Health Centers auszugeben (4). Die Mitglieder der Kommission sind der Ansicht, daß jene Gruppe der Bevölkerung, deren Bedürfnisse nach besseren psychischen Gesundheitsmaßnahmen am größten ist, davon maximal profitieren wird.

Die Probleme der Community Mental Health Centers sind nicht immer spezifisch und nur für solche Zentren charakteristisch. Es sind Probleme, welche das Gesamtgebiet der psychischen Gesundheit betreffen. MUSTO schrieb, daß vor 15 Jahren die Erwartungen an Community Mental Health Centers übertrieben waren, während heute die Absichten der Fachleute auf diesem Gebiet verhöhnt werden (12). Eine anti-psychiatrische Bewegung greift nicht nur die Psychiatrie, sondern auch die anderen psychischen Gesundheitsberufe an. Die Bewegung besteht aus „strange bedfellows“ einerseits; liberalen Anwälten, die sich für die Armen und Minderberechtigten einsetzen, andererseits aus Rechtsradikalen, welche die psychische Gesundheitsbewegung als zersetzend und gefährlich ansehen. Dazu kommen noch die desillusionierten Einwohner der städtischen Ghettos mit dem Vorwurf, daß viel versprochen und wenig gehalten wurde. Schließlich gehören zu den Gegnern auch Psychiater, einerseits wie Thomas Szasz, die nur eine höchst individualistische psychoanalytische Therapie anerkennen und die Ziele der Community Mental Health Centers als unerwünschte soziale Kontrollversuche ansehen - andererseits jene Psychiater, die sich in Community Mental Health Centers nicht wohlfühlten, weil ihre Autorität von anderen psychischen Gesundheitsberufen nicht genügend anerkannt oder bedroht wurde.

Noch wichtiger ist die Tatsache, daß das psychische Gesundheitsproblem ein wichtiges politisches und sozialökonomisches Problem wurde. Das ist keineswegs überraschend, da die Kosten der psychischen Gesundheitsdienste hoch sind und Politiker über große Budgets und Prioritäten in solchen Budgets entscheiden müssen. Das psychische Gesundheitswesen bietet die Möglichkeit, wichtige und viele Posten zu besetzen oder zumindest auf solche Besetzungen einen gewissen Einfluß auszuüben. Im privaten Sektor bestehen Möglichkeiten beträchtlicher Profite. Die Technologie des psychischen Gesundheitssystems ist im allgemeinen eine niedrige Technologie, eher stärker von politisch-sozialökonomischen als von wissenschaftlichen Erkenntnissen beein-

flußt\*. Das ist auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit nicht erkannt. Fachleute verstehen auch nicht, daß nur durch tiefere wissenschaftliche Arbeit erworbene Kenntnisse zu größerer Autonomie verhelfen werden. Die Community Mental Health Centers sind Produkte von politischen und sozial-ökonomischen Konstellationen und hängen mehr von ihnen ab als von deren derzeitigem Stand der Technologie. Das Jimmy und Rosalynn Carter Mental Health Center wird sich vom Mental Health Center der Kennedy und Johnson Periode dadurch unterscheiden, daß es konservativer ist; es wird nicht versuchen, die Gesellschaft revolutionär zu ändern, sondern sich darauf beschränken, die Mittel der Gemeinde zu benutzen und dadurch psychisch kranke und gestörte Menschen zu behandeln und zu rehabilitieren.

Die großen theoretischen und praktischen Probleme der äußeren und inneren Grenzen der psychischen Gesundheitsdienste und besonders der Community Mental Health Centers sind noch ungelöst. Die Probleme der psychischen Gesundheit und psychisch Kranken müssen von den Problemen der Armut, Kriminalität, Mangel an Erziehung und Rassismus schärfer abgegrenzt werden. Es ist auch wichtig festzustellen, was Gesundheit und psychische Gesundheit verbündet oder trennt. Ist das Hauptinteresse psychische Krankheit oder das menschliche Leiden, das manche Philosophen als einen unvermeidbaren Ausdruck der „condition humaine“ ansehen. Aus zwei Gründen sollten die psychischen Gesundheitsfachleute für eine begrenztere Aufgabe stimmen. Der erste ist der Mangel unserer Kenntnisse; Psychiater und Psychologen können die Welträtsel und großen sozialen und politischen Probleme nicht lösen und machen sich manchmal lächerlich, wenn sie es versuchen. Der zweite Grund liegt im Budget. Das Budget zur Behandlung psychischer Krankheiten und Störungen wird in aller Wahrscheinlichkeit von einer nationalen Gesundheitsversicherung - der die USA langsam zusteuern - kommen. Für die Community Mental Health Centers bedeutet das eine Gebietseinschränkung auf definierbare psychische Störungen und Krankheiten und eine Abgrenzung von menschlichen Allgemeinproblemen. Eine andere Erwägung kommt von der Schwierigkeit zu definieren, was psychisch normal ist (14). Ich habe nicht die Absicht, das Normalitätskonzept theoretisch zu erörtern. Ich will nur darauf hinweisen, daß verschiedene Autoren 10 bis 80 Prozent der Bevölkerung als anormal ansehen. Was ist der korrekte Prozentsatz von einem praktischen Gesichtspunkt? Die Kommission des Präsidenten Carter spricht von 15 Prozent (4). In Wirklichkeit ist die Frage, wievielen Menschen mit den gegebenen Mitteln und bestenfalls etwa einem leicht erhöhten psychischen Gesundheits-Budget geholfen werden kann. Das erfordert politische Entscheidungen. Ich bin der Ansicht, daß die Community Mental Health Centers besonders geeignet sind, Triage-Funktionen auszuführen. Manche gehören eindeutig ins psy-

\* Nach LEWIS THOMAS beruht eine hohe Technologie auf klaren und eindeutigen etiologischen Kenntnissen. In einer niedrigen Technologie sind solche Kenntnisse unklar und abwesend. (13)

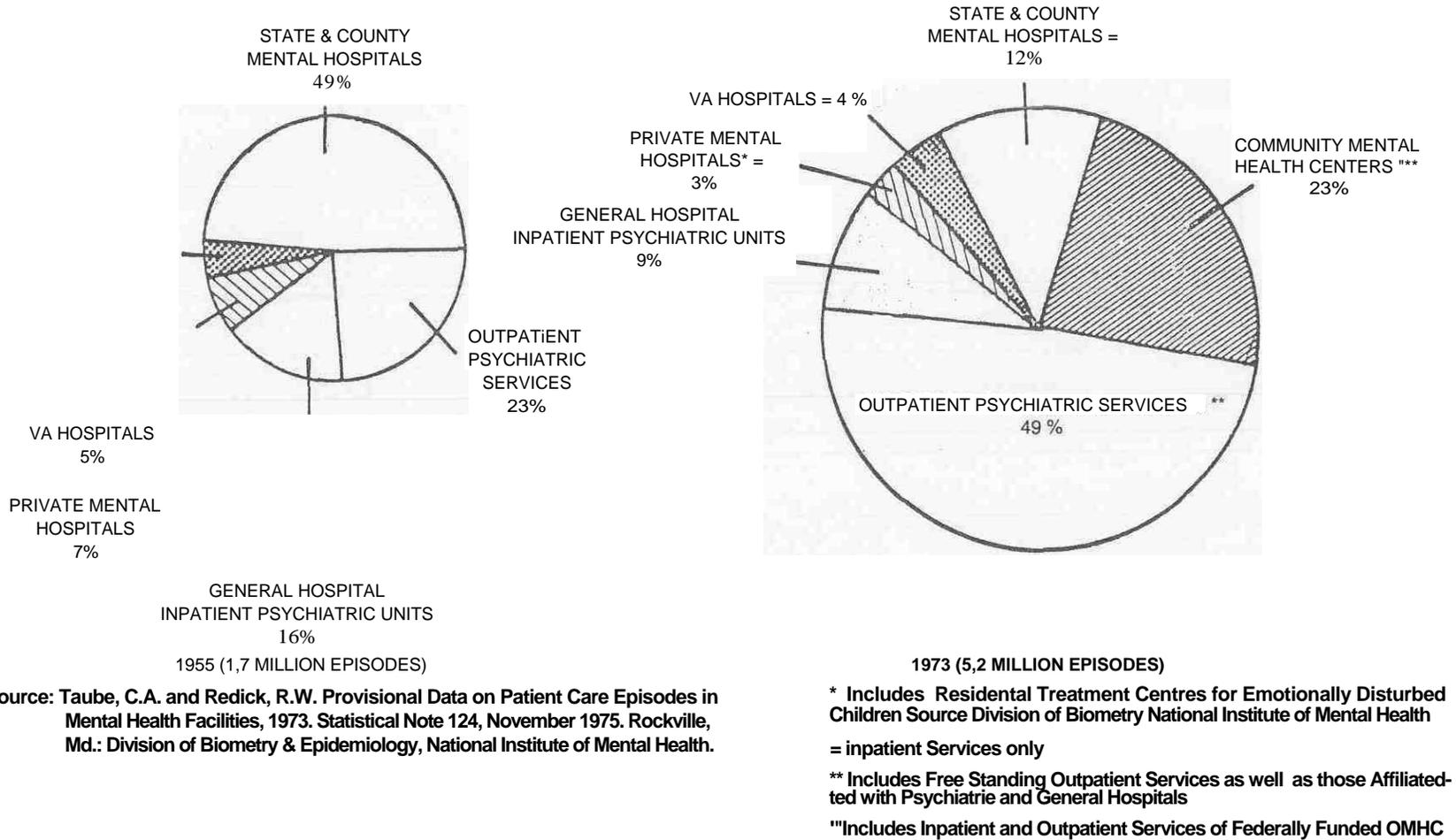
chische Gesundheitssystem; andere müßten von einem anderen Versorgungssystem erfaßt werden. Ich bin weiterhin der Ansicht, daß es möglich sein sollte, die schwierigen Fälle und jene, denen am ehesten geholfen werden kann, zu erfassen. Die wenig Gestörten und Kranken könnten und sollten, falls die Probleme sozialer Natur sind, von Fürsorgern versorgt werden. Ärzte sollen helfen, falls es sich um medizinische Probleme handelt, Seelsorger bei existentiellen Problemen - und die Kriminellen müßten im Rahmen des Strafwesens rehabilitiert werden. Viele werden und sollten von Selbsthilfegruppen erfaßt werden. Nur wenn es zu einer solchen Verteilung kommt, ist das System Mental Health Center genügend entlastet, um seine primären Aufgaben zu erfüllen.

Das innere Grenzproblem, das nicht nur Community Mental Health Centers, sondern alle psychischen Gesundheitsdienste geplagt hat, ist die Unklarheit und Diffusion der Identitäten und Rollen aller psychischen Gesundheitsberufe (15). Die Verwirrung und Identitätsdiffusion der psychischen Gesundheitsberufe in Amerika ist beträchtlich und mit Hader und Zank über Prestige, Macht und Einkommen verbunden. Die Community Mental Health Centers sind der Brennpunkt solchen Streites, weil die Psychiater dort weniger dominant sind und weil eine größere Anzahl von Psychologen, Fürsorgern und Pflegern in den Zentren relativ größeren Einfluß hat. Man müßte einen ernsthaften Versuch machen, eine bessere Nutzung und Verteilung der spezifischen Funktionen dieser psychischen Gesundheitsberufe zu erreichen. Man müßte sich auch über ein gemeinsames Territorium, wie das der Psychotherapie einigen. Im übrigen bin ich der Ansicht, daß Psychiater ganz bestimmte und wichtige Rollen in diesen Zentren und ähnlichen Institutionen spielen sollten: erstens eine prominente Rolle in der Diagnostik, da ihre Kenntnisse ein Spektrum vom Biologischen bis zum Sozialen umfassen, zweitens in der Therapie, da sie auch hier die einzigen sind, die biologische und sozialpsychologische Methoden kombinieren können und daher eine Sonderstellung im therapeutischen Management einnehmen. Das bedeutet aber nicht, daß Psychiater die Direktoren solcher Institute sein müssen. Die Administration komplexer Institutionen ist eine schwierige Aufgabe, die in unserer Zeit erlernt werden muß, und die man nicht Amateuren und Autodidakten überlassen kann. Jeder der psychischen Gesundheitsberufe ist zu einem derartigen Training fähig. Wenn Psychiater sich nicht dafür interessieren, werden andere Fachleute die administrativen Spitzenposten besetzen.

Ich sehe also Community Mental Health Centers als eine Variante von Gesundheitszentren. Diese Zentren in Zusammenarbeit mit psychiatrischen Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern und ambulanten Diensten in der Gemeinde (neighbourhood clinics) können eine höchst wichtige Funktion in der psychischen Gesundheitsversorgung spielen. Die Anzeichen, daß dies der Fall sein wird, sind deutlich zu erkennen.

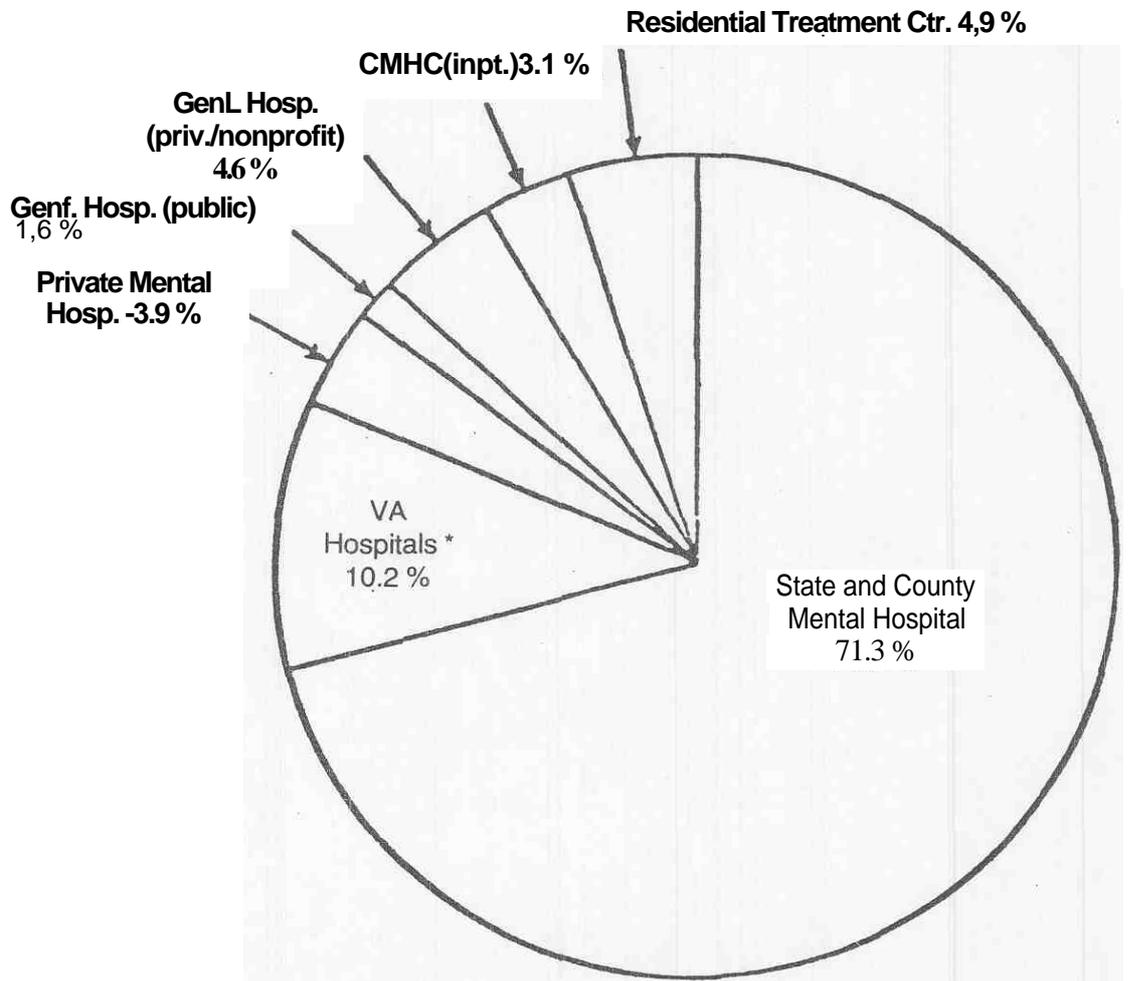
Figur I

**PERCENT DISTRIBUTIONS OF INPATIENT AND OUTPATIENT GARE EPI-  
SODES IN MENTAL HEALTH FAC1LITIES, BY TYPE OF FACILITY:  
UNITED STATES, 1955 AND 1973**



Figur II

**Percent Distribution of Psychiatric Beds by Type of Mental Health Facility, United States, 1974**



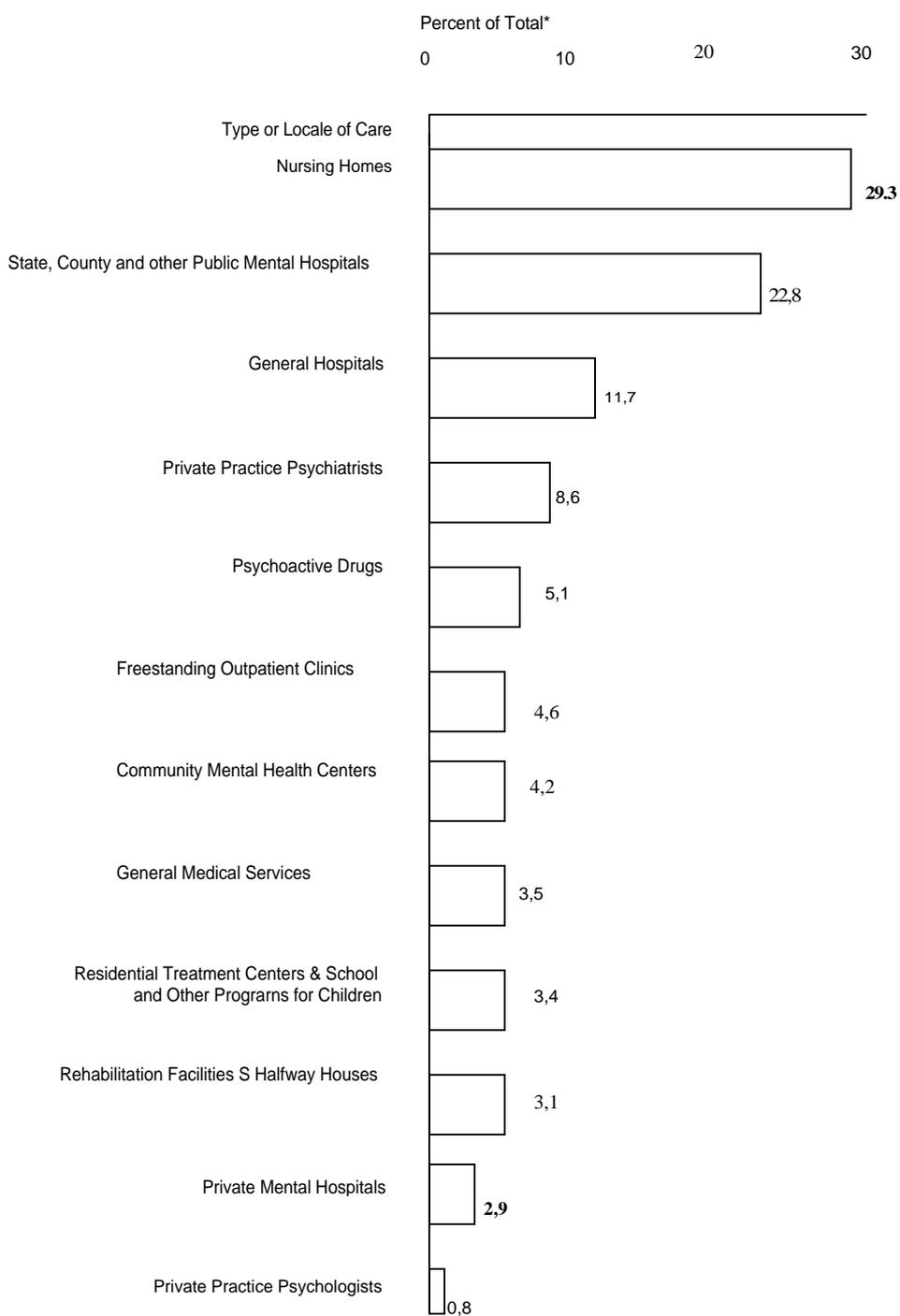
Total Psychiatric Beds - 393.394

\* Includes psychiatric units of VA general medical and surgical hospitals and those in VA neuropsychiatric hospitals.

Note: General hospital,beds include only those in separate psychiatric inpatient units.

Source: Witkin, M.J., State and Regional Distribution of Psychiatric Beds in 1974. Statistical Note 118, July 1975. Rockville, Md.: Division of Biometry, National Institute of Mental Health.

Figur III



\* Estimated total expenditures for direct care were \$ 14,5 billion

Source: Statistical Note No. 125, Division of Biometry and Epidemiology, National Institute of Mental Health

## LITERATUR

1. GREENBLATT, MILTON H.: Psychopolitics; Greene & Stratton, New York 1978
2. REDLICH, F.C.: Social Aspects of Psycho-therapy, Am J. Psychiatry, 114, 800-804, 1958.
3. KENNEDY, JOHN F., PRESIDENT: Message from the President of the United States, Relative to Mental Illness and Mental Retardation; Document No. 58, 88th Congress, 1st Session, 5 Feb. 1963, U.S. Gov't Printing Office, **Washington, D.C.**
4. PRESIDENTS COMMISSION: Report to the President: The President's Commission on Mental Health. U.S. Gov't Printing Office, Washington, D.C., 1978, Vol. I. Vol. II.
5. CHU & TROTTER: The Madness Establishment, Part I, Community Mental Health Centers, New York, Grossman, 1974.
6. STERN, M.S.: Social Class and Psychiatric Treatment of Adults. Journal of Health and Social Behavior, 18; 317-325, 1977.
7. BABIGIAN, H.M.: The Impact of Community Mental Health Centers on the Utilization of Services, Arch. Gen. Psychiat., 34: 385-394, 1977.
8. MOLLICA, R.F.; REDLICH, F.C.; BLUM, J.D. & KELLERT, S.F.: Distributive Justice and Changing Patient Characteristics in Southern Central Connecticut, submitted to NIMH, contract project.
9. TISCHLER, G. L.; HENISZ J.; MYERS, G. K.: Utilization of Mental Health Services; Arch. General Psychiatry. 32; 416-418, 1975,
10. REDLICH, F.C. & KELLERT, S.R.: Trends in American Mental Health, Am J. Psychiatry., B 5.23.27, 1978.
11. SNOW, DAVID & NEWTON, P.M.: Task Structure and Social Process in Community Mental Health Services, Amer G. Psychiatry. 32.
12. MUSTO, D.F., Whatever Happened to Community Mental Health Public interest; Spring. 1975, p. 39.
13. THOMAS, L.: The Technology of Medicine in the Lives of a Century, p. 35-42, New York, Bantam Books, 1974.
14. REDLICH, F.C.: The Concept of Normality, Am J. Psychotherapy; 6:551-576, 1952.
15. REDLICH, F.C., BLUM, J.E.: Trends in the Mental Health Professions: submitted as contract project to NIMH, 1977.

## Koreferat zum Vortrag von F. Redlich:

*H. Hafner*

Professor Redlich hat uns einen Bericht gegeben, der von außerordentlicher Wichtigkeit ist. Er hat weit hinausgegriffen über die kritische Auseinandersetzung mit dem Bericht der Sachverständigenkommission und eine Analyse der bisherigen Erfahrungen mit der Reform der psychiatrischen Krankenversorgung in den USA unternommen. Diese Reform begann 1955 rund 20 Jahre vor der Verabschiedung der Enquete in der Bundesrepublik mit der Berufung der Joint Commission on Mental Health and Mental Illness. Der Bericht dieser Kommission wurde in vieler Hinsicht ein Vorbild für die deutsche Sachverständigenkommission. Der Vorsprung eines Landes, das in mancher Hinsicht mit dem unseren vergleichbar ist, kann uns dazu verhelfen, in Verwirklichung oder Vernachlässigung der Empfehlungen unsere Pläne und Bemühungen am Nutzen und an den Kosten zu bewerten. Er erlaubt uns, unerwartete Begleiterscheinungen und neuausgelöste Entwicklungen der bereits vollzogenen Reformschritte zu beobachten, um daraus Anregungen für die praktische Umsetzung der Enquete-Empfehlungen zu gewinnen.

Die Bilanz, die Professor Redlich gezogen hat, skizziert eine ungewöhnliche Entwicklung: Sie läßt sich kaum als eine „Reform der kleinen Schritte“ bezeichnen, wie die vielfältigen Bemühungen um Verbesserung der psychiatrischen Dienste in Großbritannien, Dänemark und der Schweiz. Redlich spricht ausdrücklich von einer „dritten Revolution in der Psychiatrie“. Dieses Wort trifft in erster Linie auf das Community Mental Health Center Programm zu, mit dem Präsident Kennedy 1963 einen neuen Typ psychiatrischer Versorgungseinrichtungen ins Leben gerufen hat. Inzwischen steht diese Säule neben den anderen traditionellen psychiatrischen Diensten und trägt, quantitativ formuliert, bereits die Hauptlast der ambulanten psychiatrischen Versorgung.

Dieser stolzen Bilanz stehen ernste Schatten gegenüber. Besonders betroffen von ungünstigen Folgeerscheinungen der dritten Revolution sind offensichtlich jene, für die sie am dringendsten war: die chronisch Kranken, die Behinderten und psychisch kranken Alten; diejenigen Kranken vor allem, die familiär und finanziell ohne zureichende Unterstützung sind.

### **Vergleich der Ausgabebedingungen**

Vergleicht man die Startbedingungen der Reform in den USA und in der Bundesrepublik, so ergeben sich Ähnlichkeiten und Unterschiede.

Die USA verfügten 1955 über rund 550.000 Betten in Mental State Hospitals, was einer Rate von ca. 4,5 psychiatrischen Betten auf jeweils 1000 Einwohner

entsprach. Sie waren zumeist in Großkrankenhäusern untergebracht, wovon das größte - Pilgrim State Hospital auf Long Island - rund 15.000 Betten erreichte.

In der Bundesrepublik bestanden am 29. 5. 1973 - dem Erhebungsstichtag der Sachverständigenkommission - knapp 100.000 Betten in psychiatrischen Krankenhäusern, was einer Rate von 1,6 je 1000 der Bevölkerung entsprach. Sie waren in 150 Großkrankenhäusern mit einer Durchschnittsgröße von etwa 600 Betten und einer Maximalgröße von rund 2500 Betten untergebracht.

Zwei vorläufige Folgerungen ergeben sich aus dieser Gegenüberstellung: In beiden Ländern war und ist die Reform der psychiatrischen Krankenhäuser ein wichtiges Ziel. Verkleinerung der Großkrankenhäuser, Verbesserung der therapeutischen und rehabilitativen Möglichkeiten und Gemeindenähe sind Ziele, die sowohl im Bericht der US Joint Commission on Mental Health and Mental Illness als im Bericht der deutschen Sachverständigenkommission genannt werden. Unterschiedliche Folgerungen ergeben sich aus der Gesamtzahl der psychiatrischen Betten: In den Vereinigten Staaten bestand zu Beginn der Reform ein erheblicher Bettenüberhang. In der Bundesrepublik ist dies quantitativ nicht der Fall. Hier liegt der Schwerpunkt auf strukturellen Mängeln und auf Problemen der Fehlbelegung. Dies schlug sich auch in den Aussagen der deutschen Sachverständigenkommission nieder:

Beide Länder hatten das Problem, daß zunächst fast keine psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zur Verfügung standen, so daß die stationäre Krankenversorgung in der Psychiatrie hien und drüben von der übrigen Medizin weitgehend getrennt war.

In der ambulanten Versorgung scheinen Unterschiede zu bestehen, die einer differenzierteren Beurteilung bedürfen. Während die Bundesrepublik über ein, wenn auch unterschiedlich dichtes und noch ausbaubedürftiges Netz solcher niedergelassener Psychiater verfügt, die auch Psychosen behandeln und zur Vor- und Nachsorge stationär Behandelter beitragen, scheinen die Mehrzahl der in den USA niedergelassenen Psychiater in städtischen Regionen zu praktizieren und sich vorwiegend der Psychotherapie gewidmet zu haben. Sie fallen damit für die ambulante Versorgung psychisch Schwer- und Chronischkranker nicht zureichend ins Gewicht.

An den psychiatrischen Krankenhäusern beider Länder waren ambulante Dienste nicht in ausreichendem Umfang vorhanden. Hier hat sich in der Bundesrepublik jüngst durch das Krankenversorgungsweiterentwicklungsgesetz vom 28. 12. 1976 (Bundesgesetzblatt I, S. 3871), eine erfreuliche Änderung

angebaut. Es berechtigt psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen über Institutsverträge an der ambulanten psychiatrischen Versorgung mitzuwirken. In den USA sind die Community Mental Health Centers in die Bresche der ambulanten Versorgung eingetreten. Die Tatsache, daß viele von ihnen von den psychiatrischen Krankenhäusern organisatorisch getrennt und zudem oft weit entfernt sind, hat dazu beigetragen, daß sie noch nicht in zureichendem Maße die Nachsorge und Rehabilitation chronisch Kranker und für geronto-psychiatrische Patienten wahrnehmen.

### **Das neue Elend am Rande der Reform**

Die kritische Entwicklung eines Teils der Community Mental Health Centers in den USA, vor allem jener, die in städtischen Ghettos aufgebaut worden waren, hat Redlich nach ihren Ursachen analysiert. Einer der wichtigsten Gründe lag in der Enttäuschung unerfüllbarer Hoffnungen von Patienten, Bürgern und Regierung auf Verhütung seelischer Erkrankungen durch die Verwirklichung rassischer und sozialer Gerechtigkeit. In der praktischen Arbeit dieser Zentren hatte die Verbindung von Hilfe für psychisch Kranke und Behinderte mit der Übernahme umfassender sozialer, revolutionärer und politischer Aufgaben, wofür den Psychiatern Erfahrung und Kompetenz weitgehend fehlten, Verwicklungen ausgelöst, die mancherorts nicht mehr folgenlos lösbar waren. Die Folge waren Radikalisierung von Mitarbeitern und Laienhelfern, gewalttätige Aktionen in den Versorgungsgebieten solcher Zentren und schließlich der Zusammenbruch einzelner von ihnen (KAPLAN u. ROMAN, 1973).

Demgegenüber beobachten wir in Deutschland nur eine kleine Anzahl ideologischer und die fachliche Kompetenz weit übergreifender Ansätze oder Arbeitsgruppen in der modernen Psychiatrie. Der Grund dazu liegt wahrscheinlich nicht nur in den günstigeren sozialen Bedingungen und dem Fehlen schwerer rassischer Konflikte, sondern auch in der Tatsache, daß es ein umfassendes System sozialer Sicherheit und ein traditionsreiches Sozialwesen in der Bundesrepublik gibt. Das bedeutet einmal, daß wirtschaftliche und finanzielle Hilfen für Notleidende, sieht man von Ausnahmen ab, nicht von psychiatrischen Einrichtungen beschafft, sondern vom Sozialamt oder vom Sozialarbeiter vermittelt werden. Es bedeutet weiter, daß die Kosten für notwendige psychiatrische Behandlungen, sieht man von kleinen Mängeln im System ab, in der Bundesrepublik für alle Kranken getragen werden. Ungleichheiten in der Behandlung und in der Zuweisung zu bestimmten Einrichtungen werden bislang nicht im wesentlichen Umfang durch ungleiche finanzielle Bedingungen hervorgerufen.

Die Rolle moderner psychiatrischer Einrichtungen wird im Bericht der deutschen Sachverständigenkommission stärker begrenzt auf Vorbeugung, Behandlung und Rehabilitation psychischer Erkrankungen, als dies in der Geschichte der Community Mental Health Center Bewegung in den USA jemals

der Fall war. Ihre Aufgaben im sozialen Bereich werden an die soziale Komponente seelischer Krisen und Krankheiten und an die Kooperation mit sozialen Diensten gebunden und nicht in einem umfassenden sozialreformerischen Auftrag im Konflikt mit Sozialpolitik und in Konkurrenz mit dem Sozialwesen gesehen. Dies allerdings war auch der Tenor, den die Joint Commission der USA in ihrem Bericht ursprünglich angeschlagen hatte. Ziele und Entwicklungen des Community Mental Health Center Programms haben aber, wie Redlich zeigte, weit darüber hinausgegriffen. Es sieht nicht so aus, als wäre eine ähnliche Entwicklung in der Bundesrepublik zu befürchten. Allenfalls die Extensität und Unscharfe der Zielsetzungen psychosozialer Beratungsdienste machen Planung und Prognosen unsicher. In der Psychiatrie würde man sich eher wünschen, daß eine größere Zahl der in der Versorgung Tätigen die schicksalhafte Bedeutung der sozialen Komponente chronischer, psychischer Erkrankungen erkennen und an deren Rehabilitation nach Kräften und Möglichkeiten mitwirken möge.

Eine dramatische Entwicklung nahm in den USA der Belegungsrückgang der psychiatrischen Großkrankenhäuser. Von 550.000 im Jahre 1955 war die Zahl belegter Betten 1977 auf ca. 190.000 gesunken (GREENBLATT, 1978). Das ist eine Abnahme von 360.000 in etwas mehr als 20 Jahren. Nur ein Teil dieser Bettenreduzierung geht auf eine Verminderung der Aufenthaltsdauern zurück. Der größte Teil sind, wie wir hörten, chronisch Kranke und Alte, die entlassen oder nicht mehr aufgenommen wurden, ohne daß eine ausreichende Zahl besserer Alternativen zur Verfügung stand. Die Statistik der Heime weist aus, daß 1964 rund 220.000, 1972 aber bereits rund 450.000 psychisch Kranke unter 65 Jahren dort untergebracht waren (F.D. CHU et al., 1974; M. GREENBLATT und GLAZIER, 1975; R. REICH und L. SIEGEL, 1974). Wie die Unterbringungsbedingungen dort aussehen, wurde uns eindrucksvoll vorgeführt. Wir stehen vor der Tatsache, daß diese mit humanen Motiven und mit großem Engagement angetretene Reform das Elend eines großen Teils der chronisch Kranken nicht verringert, wenn nicht teilweise vermehrt hat.

### **Vorsorge gegen Fehlentwicklung tut not**

An diesem Punkt müssen wir auch gegenüber der Entwicklung in der Bundesrepublik wachsam bleiben. Aus den psychiatrischen Krankenhäusern der Bundesrepublik sind in den letzten Jahren eine nicht genau bekannte Anzahl chronisch Kranker in Heime verlegt worden. H. KUNZE (1967) aus Weinsberg hat vor kurzem eine Studie veröffentlicht, die zeigt, daß der humanitäre Standard der Unterbringung in diesen zahlreichen, verstreut liegenden Heimen befriedigend ist. Die fachärztliche Versorgung und das Angebot von Rehabilitationsprogrammen für psychisch Behinderte ist aber zum größten Teil unzureichend. Auch wenn das Problem der Entlassung hilfebedürftiger chronisch Kranker aus den Landeskrankenhäusern der Bundesrepublik niemals eine ver-

gleichbare Größenordnung annehmen kann wie in den USA, sollten wir es dennoch mit größter Aufmerksamkeit verfolgen. Es geht schließlich um das Schicksal derer, die sich selbst nicht helfen können, und, wenn sie vernachlässigt werden, ihre Stimme in der Öffentlichkeit nicht erheben können. Die Forderung, die nach den Massenentlassungen aus Mental State Hospitals in den USA mehrfach erhoben wurde, muß auch in unserem Lande mit großer Sorgfalt beachtet werden: Die Schließung vernachlässigter, Abteilungen in psychiatrischen Krankenhäusern und die Entlassung der chronisch Kranken setzt voraus, daß ein Netz alternativer und besserer Versorgungseinrichtungen wirklich zur Verfügung steht. (Siehe WHO Report „The Future of Mental Hospitals“, Kopenhagen, 1978).

### **Wechselbeziehungen zwischen psychiatrischer Reform und öffentlicher Meinung**

Psychisch Kranke, die Personen, die sie behandeln, und die Einrichtungen, die sie versorgen, haben in nahezu allen Ländern in unterschiedlichem Maße eine ablehnende, wenn nicht ausgesprochen negative Bewertung in der Öffentlichkeit gefunden. Der Bericht der deutschen Sachverständigenkommission weist darauf hin, daß es sich dabei nicht ausschließlich um Vorurteile handelt, sondern auch um eine nüchterne Beurteilung der Vernachlässigung und des mitunter kaum noch zu verantwortenden Zustands psychiatrischer Krankenhäuser. Es galt bisher als selbstverständlich, daß bessere Behandlungsmöglichkeiten, höherer humaner Standard und höhere Qualität der Behandlungseinrichtungen zu einer positiveren Entwicklung in der öffentlichen Meinung beitragen würden, während katastrophale Zustände, wie sie beispielsweise in vielen psychiatrischen Krankenhäusern Italiens bestehen, der Radikalisierung Vorschub leisten. F. Redlichs Analyse von mehr als zehn Jahren Community Mental Health Center Bewegung in den USA vermittelt eine zusätzliche Erkenntnis. Irreale Hoffnungen auf die Verbesserung der seelischen Gesundheit einer ganzen Gesellschaft, die nicht gehalten werden können, Übernahme von Aufgaben, die sich mangels Kompetenz nicht verwirklichen lassen und die erschreckende Entdeckung, daß eine große Reformbewegung eine große Minorität von Schwerkranken vernachlässigt hat, haben eine Gegenbewegung in der öffentlichen Meinung der USA mobilisiert. Ebenso wie das Übermaß an Optimismus in der Mental Health Bewegung viele Maßnahmen der Reform hinausgetragen hatte über die gemäßigten Vorschlagender „Joint Commission“, so entstand in den letzten Jahren die Gefahr, daß eine Anti-Mental-Health-Bewegung politische Entscheidungen beeinflusst und einen Teil der Öffentlichkeit wieder gegen die Reform mobilisiert. Über die seltsame Zusammensetzung dieser Gruppen von links und rechts hat Redlich berichtet. Man wird sich keiner Täuschung darüber hingeben dürfen, daß es vergleichbare Potentiale auch in der Bevölkerung unseres Landes gibt. Sie sollten nicht durch Fehlentwicklungen einer Reform begründete Argumente für

irrationale Motive geliefert bekommen, um nicht echte Fortschritte durch breiten Widerstand zu erschweren.

Ein Fachgebiet wie die Psychiatrie, das über wenig Technologie verfügt und eine noch instabile Beziehung zu seinem eigenen Wissensbestand und seinen Forschungsergebnissen aufweist, ist, wie Redlich zeigte, gefährdet, von Meinungswellen und Ideologien stärker beeinflusst zu werden als andere medizinische Disziplinen. Auch wir Psychiater werden dazulernen müssen, um nicht in unserem eigenen Bereich und in den Reaktionen der Öffentlichkeit auf unser Denken und Handeln jene irrationalen Widerstände zu mobilisieren, die jeder Reform in den Arm fallen könnten. Die Psychiatrie braucht Unzufriedenheit und braucht Kritik. Sie braucht Kritik dort, wo humanitäre Standards nicht gewährleistet sind, aus einem energischen humanitären Engagement heraus. Sie braucht Kritik, wo die Qualität von Therapie und Rehabilitation, wo die therapeutische Wirksamkeit verbessert werden muß, aus dem Fachwissen heraus, das ihr selbst und ihren Nachbardisziplinen zur Verfügung steht. Vermieden werden sollte, was sensible Stellen des irrationalen Potentials in unserer Gesellschaft trifft: die Vorstellung eines so umfassenden psychiatrischen Versorgungsnetzes, daß jeder Mensch, wenn er sich einmal abweichend verhält, die Phantasie entwickeln könnte, von Psychiatern oder Psychoanalytikern kontrolliert und möglicherweise noch gegen seinen Willen betreut zu werden. Vermieden werden sollten perfektionistische Vor- und Nachsorgeideen, die zur Vorstellung führen, kein Kranker werde je mehr aus der Behandlung oder der psychosozialen Betreuung entlassen, ganz gleich, ob er genesen ist oder nicht.

### **Reform der kleinen Schritte**

Vermieden werden muß schließlich, und das hat das amerikanische Beispiel mit besonderer Eindringlichkeit gezeigt, die enthusiastische Weckung von Hoffnungen auf eine „gesunde“ Gesellschaft ohne seelische Krisen und psychische Erkrankungen, die Hoffnung, durch gesellschaftliche Veränderungen das Auftreten psychischer Krankheiten zu verhindern. Worum wir uns bemühen sollten, ist die schon in den Einleitungsworten von Herrn Picard und dann wieder von mehreren Referenten angesprochene Reform der kleinen Schritte, eine Reform, die als Voraussetzung die Beseitigung des Elends, der unzureichenden Unterbringung und Versorgung chronisch Kranker fordert und dafür keinen Aufschub duldet. Die Prioritäten sind im Bericht der Sachverständigenkommission gesetzt. Die Verwirklichung aber muß mit großem Nachdruck betrieben werden unter Berücksichtigung der Erfahrungen jener Länder, wie den USA, Großbritannien oder Dänemark, die uns in dieser Entwicklung weit voraus sind. Jeder Schritt aber bedarf, wie die Verlegung der chronisch Kranken in die Heime gezeigt hat, der sorgfältigen Vorbereitung und Kontrolle. Mängel oder Fehlentwicklungen bedürfen einer raschen Korrektur. Dazu ist ein Infor-

mationssystem in Gestalt fortlaufender Datensammlung, Beobachtung und einer wissenschaftlichen Begleitung einiger nicht anders zugänglicher Bereiche nötig. Es darf nicht passieren, daß die weitere Entwicklung über die Schwächsten hinwegläuft, daß gerade jene, die ohnmächtig dem Elend ausgesetzt sind, vergessen oder zu Opfern einer Entwicklung werden, die mit humanitären Motiven und besten Absichten vorangetragen wurde. Nur dann könnte der als Folge der langen Verleugnung des Problems in unserem Lande um fast zwanzig Jahre verspätete Beginn der Reform noch einen sehr nützlichen Aspekt haben: ein Mehr an Wissen, ein Mehr an Erfahrung und die Chance, einige Fehler aus den Erfahrungen derer, die uns vorangegangen sind, vorauszusehen und sie nach Kräften zu vermeiden.

#### LITERATUR

CHU, F. D., TROTTER, S.:

The Madness Establishment - Ralph Nader's Study Group Report on the National Institute of Mental Health (Grossmann, New York, 1974).

GREENBLATT, M.:

Psychopolitics (Grüne & Stratton, New York, 1978).

GREENBLATT, M., GLAZIER, E.:

The phasing out of mental hospitals in the United States.  
Am. J. Psychiat. 132(1975)1135-1140.

KAPLAN, S.R., ROMAN, M.:

The organization and delivery of mental health Services in the ghetto. The Lincoln Hospital experience (Praeger, New York, 1973).

KUNZE, H.:

Komplementäre Dienste und Heime - eine Untersuchung der nichtklinisch-stationären Einrichtungen im Einzugsbereich eines psychiatrischen Krankenhauses. Nervenarzt 48, (1977) 541 -547.

REICH, R., SIEGEL, L.:

Psychiatry under siege: The chronically mentally ill shuffle to oblivion.  
Psychiat. Ann 3 (1973) 35-55.

World Health Organization, The Future of Mental Hospitals- Regional Office for Europe: ICP/MNH 019 II, Copenhagen, 1978.

## Diskussion zum Vortrag von F. Redlich (gekürzte Fassung)

*Egert:* Wir haben für unsere Diskussion den differenzierenden Erfahrungsbericht über die Community Mental Health Centers in den Vereinigten Staaten der eine gelungene Provokation darstellt und klarmacht, daß wir in der deutschen Szene nicht auf jedem modischen Trend hüpfen sollten.

*Ockel:* Ich möchte eine Aussage von Herrn Redlich aufgreifen. Sie sagten u.a., daß es in den USA notwendig sein wird, eine Einschränkung des Begriffes „psychische Krankheit“ vorzunehmen, und zwar dann, wenn sich in Amerika so etwas wie ein nationaler Gesundheitsdienst entwickelt, ich halte diese Frage für uns deswegen für besonders wichtig, weil wir in Deutschland schon in diesem Stande leben. Wir haben eine Krankenversicherung, die in der Wirkung einem nationalen Gesundheitsdienst entspricht. Es ist kein Patient da, fast kein Patient, der ohne finanzielle Unterstützung bleibt, ob er nun psychiatrisch oder an einer Neurose erkrankt. Wir haben die Möglichkeit, daß sowohl Ärzte als auch Psychologen und Kinderpsychotherapeuten auf Kosten der Krankenversicherung neurotisch erkrankte Patienten behandeln. Wenn jetzt einzelne Krankenkassen dazu übergehen, Psychologen unmittelbar Honorare zu zahlen, ohne ein Kontrollverfahren, wie es bisher der Fall ist, ohne von den Psychologen eine weitergehendere Qualifikation als ihr Diplom zu verlangen, dann sehe ich erhebliche Probleme finanzieller Art auf uns zukommen, die unsere ohnehin schon überstrapazierten Krankenkassen noch mehr belasten. Sind in den USA zu dieser sehr schwierigen Differenzierung schon Ansätze gemacht worden? Wann ist eine psychosoziale Erkrankung eine Erkrankung und wann ist sie eine Störung, die nicht unter den Krankheitsbegriff fällt, aber doch Hilfe braucht? Sind bei Ihnen schon Ansätze vorhanden, die versuchen das zu klären und wenn ja, in welcher Richtung sollte man eine solche Differenzierung versuchen?

*Meyer:* Eine informative Frage an Herrn Redlich: Wenn wieder Gelder an die Community Mental Health Centers gehen, bedeutet das dann, daß neue gegründet werden oder werden die schon bestehenden verstärkt und voll funktionsfähig gemacht?

Und dann zu Herrn Hafner: Prinzipiell bejahe ich, daß die Psychiatrie zur Medizin gehören soll. Wenn aber körperliche Erkrankungen und Störungen nicht auch unter einem psychosomatischen Konzept gesehen werden, dann würde ich die Nachteile einer vollen „Vereinnahmung“ der Psychiatrie in die Medizin für größer und vielleicht auch gefährlicher halten. Nur wenn man strikt von einem psychosomatischen Konzept auch für körperliche Leiden ausgeht, ist die Zugehörigkeit der Psychiatrie zur Medizin voll zu bejahen.

*Dörner:* Ich bin Herrn Redlich für die Darstellung der Mental Health Centers sehr dankbar. Denn nach alledem, was man gehört hatte, schien mir, daß man das Konzept der Mental Health Centers begraben könne, weil es nur Nachteile gebracht hat. Weiter bestehen bleibt - so, wie ich das verstanden habe - vor allem das Problem der chronisch Kranken bzw. der, die in Heimen leben.

Gibt es in der jetzigen Phase der Mental Health Centers Ansätze, um diesem Problem besser gerecht zu werden? Ein ganz kleines Beispiel: Wir haben in Hamburg seit drei Jahren ein gemeindepsychiatrisches Zentrum für einen Stadtteil und haben zunächst mal nichts anderes getan, als im Sinne eines Übergangsheimes Rehabilitationsmöglichkeiten für psychotische Langzeitpatienten zu schaffen. Sie sind so dimensioniert, daß es für ein Standardversorgungsgebiet ausreicht. Wir sind jetzt dabei, die über die Rehabilitation hinausgehenden Anteile eines solchen Zentrums, d.h. aktuelle Beratungsmöglichkeiten im Stadtteil zu schaffen. Gibt es hier Ansätze in Amerika, die da weiterführen?

*Middelhoff:* Zwei Fragen an Herrn Redlich: Einmal, wieviele der Community Mental Health Centers funktionieren wohl z.Z., wobei es sicher schwer zu definieren ist, was unter Funktionstüchtigkeit zu verstehen ist. Zweitens: Ist es in den USA gelungen, die Staatshospitäler nicht nur zu differenzieren, zu fraktionieren, sondern sie auch zu funktionsfähigen Gliedern der Community-Mental-Health-Bewegung zu machen?

*Redlich:* In den Vereinigten Staaten gibt es keine einheitliche Krankenversicherung. Wir haben einige große Versicherungssysteme, die unterschiedlich sind. Nur eins von ihnen zahlt langfristige Psychotherapien, intensive Psychotherapien auch für ambulante Patienten. Auch die Versorgung von stationären Patienten wird weitgehend gezahlt. In dieser Beziehung sind wir aber weit hinter Ihnen. Das ist zum Teil dadurch bedingt, daß der Bedarf, die Nachfrage nach Psychotherapien in den Vereinigten Staaten viel größer ist und es auch viel mehr Psychotherapeuten gibt. Man kann großzügig sein, wenn es keine Therapeuten gibt. Bei uns gibt es aber sehr viele Therapeuten und deswegen sind diese verschiedenen Versicherungssysteme sehr vorsichtig.

Wir haben ein Experiment mit Angehörigen von Militärkräften gemacht, die weitgehend und sehr kostspielig behandelt wurden. Das hat zu einem Zustand geführt, daß die Versicherungssysteme eine große Summe auf eine kleine Gruppe verwenden mußten, was dann gestoppt wurde. Ich glaube, in der Zukunft werden wir wahrscheinlich ein System haben, daß der Patient selbst erst einmal zur Psychotherapie etwas beitragen muß, und zwar mehr als im Gebiet der psychischen Behandlung, und daß die Behandlungen nur bis zu einem gewissen Grad erlaubt werden. Das wird bedeuten, daß in den meisten Fällen

langfristige, kostspielige Behandlungen wie die Analyse nicht mehr bezahlt werden können. Ich glaube, die Analyse wird weiterhin eher im Privatsektor unterstützt und bezahlt werden und sich hauptsächlich mit Fällen beschäftigen, die nicht zu den Schwerstkranken zählen. Die Analyse ist doch bis zu einem gewissen Grad eine erzieherische Maßnahme und eine Therapie, die weitgehende Änderungen herbeiführen kann, die aber nicht immer von größter Evidenz sind.

Die nächste Frage bezog sich auf die neuen Zentren. Werden wir neue Zentren gründen, werden durch die Carter-Unterstützung von 350 Millionen Dollar neue Zentren gegründet oder werden die bisherigen Zentren verbessert werden? Ich glaube, darüber gibt es noch keine einheitliche Ansicht.

Es werden wahrscheinlich in bestimmten, z.B. ländlichen Gebieten, wo die Versorgung im Gegensatz zu den Großstädten sehr schlecht ist, neue Zentren gegründet. Aber das Hauptziel ist, daß diejenigen Bevölkerungsschichten versorgt werden, die bisher nicht genügend versorgt wurden, also die sozialen Unterschichten und vor allem die schwarze Bevölkerung und spanisch-angloamerikanische Bevölkerung. Wie weit sich das auf den chronisch kranken Patienten ausdehnen wird, weiß ich nicht. Ich habe das Gefühl, daß der chronisch Kranke noch immer nicht genügend berücksichtigt wird. Aus irgendwelchen Gründen ist er der vernachlässigte Patient, ist es immer gewesen und scheint es auch immer zu bleiben.

Ich hoffe, ich habe nicht zu stark betont, daß die Mental Health Centers nur Nachteile haben. Die Mental Health Centers haben Probleme, aber man muß doch sehen, daß heute ein sehr großer Teil der Bevölkerung durch diese Mental Health Centers auf eine relativ ökonomische Weise versorgt wird. Zum Teil, weil es mehr ambulante Patienten sind, die weniger kosten, zum Teil auch deswegen, weil die Therapeuten, die nicht Psychiater sind, sondern Psychologen, Fürsorger, Krankenschwestern und die „neuen“ Berufe einfach billiger arbeiten und doch einiges erreichen können.

Ich glaube, auf lange Sicht werden wir doch mehr mit anderen Systemen zusammenarbeiten müssen, wie z.B. den Kirchen, mit den praktischen Primärärzten, mit den praktischen Ärzten, mit den Wohlfahrtsorganisationen und dann vor allem mit den Selbsthilfegruppen. Es besteht kein Zweifel, daß wir uns dieser Systeme bedienen müssen, wenn wir wirklich große Massen erfassen wollen, weil sonst alles zu teuer wird.

Die Frage, wie viele Zentren funktionieren, kann ich nicht beantworten. Momentan haben wir 600 sehr verschiedene Zentren, ich würde sagen, daß der größte Teil dieser Zentren so halbwegs funktioniert.

*Hafner:* Herr Meyer hat mich wegen der Integration der Psychiatrie in die Medizin angesprochen. Ich würde als Psychiater offengestanden nicht so viel Sorge um den Verlust unserer Identität gegenüber den anderen Fächern der Medizin haben. Der praktische Arzt versorgt etwa 20-30 % seiner Klientel wegen psychischer Störungen. Wenn er in diesem Bereich nicht ausreichend ausgebildet wird und die psychologischen nicht ebenso wie die naturwissenschaftlichen Methoden handhaben kann, dann ist die primärärztliche Versorgung auf diesem Sektor schlecht. Zweitens, die psychosomatische Medizin hatte sicher dadurch große Schwierigkeiten, in den Hauptbereich der akademischen Medizin einzudringen, weil es innerhalb der Medizin lange Zeit keine Position gab, die die psychologische Seite von Therapie und Forschung vertreten hat.

*Meyer:* Ich sehe in einem solchen Plädoyer für die Zugehörigkeit der Psychiatrie zur Medizin die Gefahr einer Rebiologisierung oder eines Zurückkehrens auf die deutsche Psychiatrie vor Heidelberg. Denn gerade dort ist doch sowohl mit der Phänomenologie wie auch später mit der Daseinsanalyse ein wesentliches Stück an Verstehen der psychisch Kranken außerhalb der Biologie geleistet worden. Ich habe Sorgen, daß ein solches Plädoyer dahingehend verstanden werden könnte, als ob wir damit im sicheren Gehäuse der übrigen Medizin unterschlüpfen könnten und nicht mehr so angreifbar wären.

*Bräutigam:* Herr Redlich, Sie haben bemerkt, daß in den Community Mental Health Centers, aber auch sonst unter Psychiatern, junge, gut aussehende, intelligente Patienten eine größere Chance haben, behandelt zu werden, „als Patienten gewählt zu werden“, sagten Sie, als andere. Wir haben das bei uns auch festgestellt, daß jüngere Patienten höherer Bildungsschicht eher in psychotherapeutische Behandlung kommen. Mich hat nur etwas die Formulierung „die Psychiater wählen die Patienten“ überrascht. Ich frage mich, ob hier nicht ein Prozeß der Selbstselektion eine große Rolle spielt und ob wir nicht durch Information diesen Prozeß der Selbstselektion und der Kooperation des Patienten fördern können. Wir sind schon bei der Einnahme von Medikamenten auf Kooperation angewiesen, noch viel mehr natürlich bei Gesprächsverfahren in der Psychotherapie. Sie sind sicher auch mit mir der Meinung, daß eine allgemeine Erziehung zu einer größeren Sensibilität für seelische Konflikte und Belastungen, überhaupt die Stärkung eines Gesundheitsbewußtseins in seelischer Hinsicht eine Aufgabe unserer allgemeinen gesundheitlichen Aufklärung sein sollte?

*Bauer:* Ich möchte auf eine kurze Bemerkung, die Herr Hafner gemacht hat, eingehen. Sie haben ein engagiertes Plädoyer gegen die Antipsychiatrie gehalten und ich denke auch, daß dieser Akzent berechtigt ist. Sicherlich hat die Antipsychiatrie auch hierzulande eine Menge Unsinn gemacht. Ich möchte Sie

jedoch fragen, ob die klassische medikamentöse Psychiatrie nicht auch Unsinn gemacht hat und auch weiterhin Unsinn macht. Die Tatsache, daß z.B. Brauweiler geschlossen worden ist, hängt nicht mit antipsychiatrischen Aktivitäten zusammen, sondern mit medikamentösen.

*Redlich:* Was die Frage von Herrn Bräutigam angeht, so glaube ich nicht, daß es zu einer aktiven Selektion kommt, sondern zu einer Partnerschaft. Der Therapeut und der zukünftige Patient finden sich zusammen und es kommt zu eigenartigen Prozessen, die zum Teil gar nicht bewußt sind. Manchmal ist es einfach so, daß sich die Partner nicht finden oder sie sich nach einiger Zeit wieder lösen, wie das auch in anderen menschlichen Gemeinschaften der Fall ist. Zum Teil ist es allerdings ökonomisch bedingt. Wir haben z.B. in letzter Zeit Statistiken gesehen, die zeigten, daß bei Patienten, die ein hohes Einkommen von etwa 60.000 Dollar im Jahr haben, die Chance, in eine Behandlung zu einem Analytiker zu kommen, dreimal so groß ist als bei Patienten, die nur 20.000 Dollar verdienen, die dann auf einmal pro Woche Psychotherapie eingehen. Ob das aktive Selektion ist oder ob sich das nur so ergibt, würde ich offenlassen. Ich bin Analytiker, bin als Analytiker ausgebildet und habe auch als solcher gearbeitet. Ich habe eine unorthodoxe Einstellung: Meiner Meinung nach ist die Hauptaufgabe der Analyse, und das wird wahrscheinlich hier nicht gut ankommen, nicht so sehr eine therapeutische als eine erzieherische und wissenschaftliche. Ich glaube, daß wir die schwersten Fälle in der Psychiatrie nicht mit der Analyse angehen können. Auch Freud hatte die Ansicht, daß wir mit den Schizophrenien, mit schweren Depressionen einfach nichts anfangen können. Das Hauptgebiet der Analyse sind die Charakterneurosen, bei denen die Analyse etwas erreichen kann, was sonst keine Methode erreicht. Wie weit es durch eine Krankenversicherung zu einer Bezahlung solcher Methoden kommen kann, das ist noch eine große Frage? Nicht nur vom ökonomischen Standpunkt, sondern auch vom ethischen Standpunkt, vom Standpunkt einer sozialen Gerechtigkeit her. Wenn es einmal genug Therapeuten gibt und wenn es einmal auch genug Patienten gibt, dann heißt die Frage: Sollen wir in diese Richtung investieren oder gibt es andere Aufgaben, die möglicherweise wichtiger sind? Darauf habe ich noch keine Antwort.

*Hafner:* Vielleicht zunächst zu dem, was Herr Bauer sagte. Ich stimme mit Ihnen uneingeschränkt überein, daß die Ausgangsbedingungen dieses Fachgebietes und die Versorgung von vielen Kranken dieses Fachgebietes, vor allem der chronisch Kranken, extrem unzureichend und unbefriedigend waren und zum großen Teil nach wie vor sind.

Wenn mein Plädoyer pessimistisch erschienen ist, dann bin ich mißverstanden worden. Ich sehe unsere Aufgabe darin, aus dem, was wir erfahren haben zu lernen, uns mit denen auseinanderzusetzen, die eine Reform gefährden, und

das ist m. E, von jener Globalbetrachtung der Antipsychiatrie, mit der wir konfrontiert sind, zu erwarten. Erkennen und Heilen von psychischen Krankheiten und Störungen kann man nicht wie eine Religion betreiben, das muß man sehr differenziert tun. Bitte, machen wir uns darüber keine Illusionen, daß der Kreis derer in unserem Lande, die wirklich motiviert sind, psychisch kranken und behinderten Menschen zu helfen, dafür auch etwas einzusetzen an Mitteln und persönlichem Arbeitsengagement, sehr klein ist. Mir kommt es darauf an, diesen Kreis motiviert zu haften und nicht ein Alibi für jene Art von Gegenbewegung zu schaffen, die ihren Anhängern ein gutes Gewissen verschafft und denen, die wirklich helfen oder wirklich Hilfe brauchen, Mut und Hoffnung nimmt.

# **Zum Abschnitt Psychotherapie/Psychosomatik der Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages Versuch einer Würdigung**

*H. Strotzka*

Der psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Beobachter aus einem Nachbarland betrachtet die bundesdeutsche Szene mit großem Interesse. Das was in diesem zentraleuropäischen Herzland geschieht, hat nicht nur für den deutschsprachigen Raum, aber natürlich dort besonders, in der Regel eine gewisse Beispielwirkung und schon durch die Literatur, aber natürlich auch durch die vielen persönlichen Kontakte, eine starke Ausstrahlung auf die Nachbarländer. Die Psychiatrie-Enquete ist nun als Ganzes ein imponierendes Werk der Bestandserhebung in diesem nicht nur in der Bundesrepublik so stark vernachlässigten Gebiet und formuliert Reformvorschläge, wie sie dem modernen internationalen Trend entsprechen. Sie kann gleichrangig neben das bedeutende Werk „Action for Mental Health“ in den USA gestellt werden, das seinerzeit den Ausgangspunkt für die Community Mental Health Bewegung darstellte. Man kann nur hoffen, daß diese enorme kooperative Anstrengung der besten Köpfe der deutschen Psychiatrie sich in eine konzertierte Aktion umsetzt, die den Rang dieser Disziplin wieder zu internationalen Ehren kommen läßt und vor allem der Bevölkerung und ihren Bedürfnissen besser dient, als dies derzeit der Fall ist. Meine Kollegen, die die anderen Teile zu diskutieren haben, haben es aber wohl leichter gehabt, als meine Wenigkeit im Bereich der Psychotherapie.

Schon die Geschichte der Enquete zeigt, daß es hier große Spannungen zwischen den niedergelassenen und in Institutionen tätigen „klassischen“ oder vorwiegend organisch eingestellten Psychiatern auf der einen Seite und den Psychotherapeuten und Psychosomatikern auf der anderen gab. Dies führte dazu, daß die letzteren sich in den ersten Entwürfen nicht genügend gewürdigt fühlten und erst durch einen gewissen Druck eine gesonderte und ausführlichere Darstellung durchsetzten. Dies entspricht leider einer beklagenswerten historischen Entwicklung. Wahrscheinlich ist in keinem anderem Lande die Psychoanalyse so abgelehnt worden, wie etwa durch HOCHÉ und BUMKE aber auch durch KRETSCHMER und SCHNEIDER. Selbst in Wien war dies unter WAGNER-JAUREGG nicht so ausgeprägt, wenn man etwa an die bedeutenden Psychoanalytiker denkt, die an dieser Klinik gewirkt haben, ich darf u.a. nur Heinz HARTMANN und Paul SCHILDER erwähnen.

Die deutsche Psychiatrie war traditionell, aber auch in ihren modernen sozialpsychiatrischen Richtungen, sehr stark auf die Psychosen und die An-

staltsreform ausgerichtet, und vernachlässigte bei ihren Überlegungen und Planungen die zahlenmäßig um ein vielfaches größere Gruppe der Neurosen in einem bedenklichen Ausmaß.

Auf der anderen Seite zeigten sich aber auch äußerst positive Tendenzen. Die Schaffung eines Zusatzfacharzttitels für Psychotherapie und die annähernd kostendeckende Honorierung auch langdauernder Psychoanalysen durch die Kassen (allerdings erst nach einem Genehmigungsverfahren, das sich aber ganz gut bewährte) verbesserte die Versorgung wesentlich; die neue Approbationsordnung richtet die medizinische Ausbildung stärker gegenüber der üblichen organischen Orientierung auf psychosoziale Belange aus (wobei ich die Anfangsschwierigkeiten nicht unterschätze). Die teure psychoanalytische Ausbildung wurde zum Teil wenigstens durch Stipendien der Deutschen Forschungsgemeinschaft mitfinanziert. Wir Österreicher sind aus Gründen, die hier nicht zu besprechen - aber vorwiegend legistischer Art - sind, noch weit von diesem Standart entfernt.

Ich würde meinen, daß die Ideallösung einer Versorgung psychosozial Kranker so aussehen müßte, daß alle Personen, die in den Gesundheits- und Sozialdiensten tätig sind, welcher Profession immer sie angehören, zu einer „*psychotherapeutischen Grundhaltung*“ hin sozialisiert werden sollten. Dies bedeutet, daß die Patienten wertfrei akzeptiert werden können, ihnen ein hohes Maß an echter Sympathie und Einfühlung (Empathie) entgegengebracht wird (man könnte sagen, daß sie als Menschen respektiert und ihre Grundbedürfnisse erfüllt werden) und die Prinzipien einer indirektiven Beratung (im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe der modernen Sozialarbeit) den Arbeitsstil bestimmen. Durch eine solche Arbeit an der Frontlinie der Versorgung könnte eine echte Prävention (auf allen drei Ebenen) geleistet und vor allem viel iatrogenen Schaden vermieden werden. Diese Schäden bestehen vor allem im Abdrängen in organische Krankheit, oft durch einfache Unkenntnis fundamentaler Grundsätze der Psychosomatik, und im Bagatellisieren.

Wir können uns allerdings kaum etwas von einer allgemeinen Gesundheitserziehung der Bevölkerung erwarten, solange uns diese einfache Erziehungsarbeit in der Psychohygiene etwa bei den Allgemeinpraktikern und Fachärzten aller Sparten nicht gelungen ist. Diese Basisarbeit sollte unterstützt werden von einem Netzwerk von Selbsthilfegruppen, die sich für viele Indikationen ausgezeichnet bewährt haben (Anonyme Alkoholiker, Weight-Watchers etc.). Wir weisen vor allem auf die Arbeiten von Lukas MOELLER hin, der sich besonders um die Thematik der Selbsthilfe verdient gemacht hat.

Im nächsten Schritt wäre es eine Selbstverständlichkeit, daß die Fachärzte für Psychiatrie eine psychotherapeutische Ausbildung erhalten, die etwa dem jet-

zigen Zusatztitel entspricht. In Österreich ist dies zumindest derzeit noch nicht annähernd der Fall.

Durch den Einsatz dieser beiden Filter bliebe dem speziell psychotherapeutisch Ausgebildeten eine kleinere Klientel höheren Schwierigkeitsgrades übrig. Die Arbeit dieser Spezialisten sollte sich jedoch nicht in Einzel-, Gruppen oder Familientherapie erschöpfen, sondern sie sollten als Leiter von Balintgruppen, Supervisoren, Konsiliarii oder Lehrer breit wirksam werden. Der Effizienzgrad der Psychotherapie ist hier kritisch zu betrachten. Die deutschen Psychotherapeuten haben hier Pionierarbeit geleistet, ich verweise nur auf Frau DÜHRSEN. Man kann heute sagen, daß bei breiter Indikation kombinierte Behandlung (Psychotherapie und medizinische Therapie) bessere Resultate erzielt werden als bei jeder Therapieform allein. Psychoanalytische Therapie ist wirksam, andere Psychotherapieformen wirken jedoch in Hinsicht auf Symptombesserung oft schneller und dies darf man nicht immer als instabile Übertragungswirkung abtun.

Psychologen, Sozialarbeiter, Arbeits- und Musiktherapeuten ergänzen dieses Versorgungsmodell ebenso wie Beratungsstellen und bilden einen fließenden Übergang zu den Einrichtungen einer gemeindenahen Psychiatrie, wie sie ja in der Enquete konzipiert ist; Noch ein Wort zu Epidemiologie. Ich verkenne nicht die Angst, daß wir (besonders wenn die Psychologen breit in die Versorgung einbezogen werden sollten) dem Stadium, daß die eine Hälfte der Bevölkerung die andere behandelt, nahe kommen. Es besteht aber, wenn wir die Charakterstörungen einbeziehen, ein so großer Bedarf, daß dies nur langfristig eine Gefahr darstellt. Es ist nur darauf zu achten, daß nicht psychogene Reaktionen künstlich zur Indikation von Therapie aufgebläht werden. Hier ist die Domäne der Krisenintervention, die oft am besten von Sozialarbeitern gemeistert wird.

In diesem, wie ich meinen würde, idealen Bild sind einige schwerwiegende Schwachstellen, insbesondere die langdauernde, sehr kostenaufwendige psychoanalytische Ausbildung, die schwer unterzubringen ist. Sie legt den Idealisten, die sich dazu entschließen, ein großes Opfer auf, während die übrigen Ausbildungen in der Regel kostenfrei angeboten werden. Nun gibt es Meinungen, daß die Psychoanalyse in der gegebenen Organisationsform sowieso obsolet geworden sei. Dies wird damit begründet, daß sie wissenschaftlich noch immer nicht genügend unterbaut und als Therapie unökonomisch und schwerfällig sei. Ihre Konzepte, soweit sie klinisch relevant seien, könnten in eine psychosomatische Medizin und dynamische Psychiatrie eingebaut werden. Dies würde auf lange Sicht allerdings bedeuten, daß die Tradition der klassischen Analyse langsam aus Mangel an Erfahrung verschwinden würde.

Ich halte es für eines der größten Verdienste der Enquete, daß sie ganz klar und eindeutig nicht diesen Standpunkt vertritt, sondern die Tiefenpsychologie als die tragende Theorie in Psychotherapie und Psychosomatik konstituiert. Man kann vielleicht bedauern, daß die Konzepte der Verhaltenstherapie, aus der experimentellen Psychologie kommend, der Gesprächstherapie (RO-GERS), der Kommunikationstherapie (WATZLAWICK), der Gestalttherapie (PERLS), des Psychodramas (MORENO), um nur die wichtigsten neueren Entwicklungen zu erwähnen, nicht eingehender diskutiert werden, dies ist aber wohl den Auseinandersetzungen im Vorfeld einer solchen Enquete vorbehalten. Die positive Einschätzung dieses Bekenntnisses zur Psychoanalyse ergibt sich natürlich wieder aus dem eigenen Standpunkt des Beobachters. Ich meine, daß eine korrekte Ausbildung in einer tiefenpsychologischen Schule die ideale Voraussetzung auch für die anderen psychotherapeutischen Techniken wäre, und es ist ein interessantes Phänomen, daß die meisten Schulgründer der neuen konkurrierenden Methoden tatsächlich aus einem solchen Hintergrund kommen, wenn sie das auch manchmal verleugnen. Die Mechanismen von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand, die überall eine Rolle spielen, können nur aus einem solchen Hintergrund heraus adäquat verstanden und gehandhabt werden. Die Indikation zur psychoanalytischen Standardtechnik als Therapie jedoch wird letztlich wegen des enormen Aufwandes sicher sehr streng gestellt werden müssen. Eine Kontinuität der psychoanalytischen Ausbildung kann aber, ich wiederhole dies zur Unterstreichung, nur gewahrt werden, wenn genügend Erfahrung in der Standardtechnik als Therapie erhalten bleibt. Die Psychoanalyse wird sich allerdings dieses Vertrauensvorschlusses nur dann würdig erweisen, wenn sie ihr noch weitaus vorwiegend theorie- und technikzentriertes Denken zu einem mehr patientenorientierten modifiziert und offen wird zu einer integrativen Therapie, die wohl langfristig die Zukunft bestimmen dürfte. Unter integrativer Therapie verstehen wir Modifikationen, Kombinationen und zeitlich aufeinanderfolgende Techniken entsprechend den jeweiligen Bedürfnissen der Patienten, des Therapeuten, der Institutionen und der Gesellschaft. Dies hat mit Eklektizismus und Polypragmasie nichts oder wenig zu tun. Ich verkenne nicht die Härte gegenüber den anderen psychotherapeutischen Schulen, die im Tenor der Enquete liegt, halte es aber für richtig, wenn gesagt wird: „Dem Weiterbildungsgang zum analytischen Psychotherapeuten vergleichbare Weiterbildungsgänge von Seiten anderer Psychotherapierichtungen ( Verhaltenstherapie / Gesprächstherapie ) liegen bisher nicht vor. Wenn sich für andere psychotherapeutische Methoden die Frage der rechtlich anerkannten Qualifikation stellt, müßten sie in bezug auf die klinische Erfahrungsgrundlage wie nach Umfang und Weiterbildungsanforderungen vergleichbare Maßstäbe erfüllen" (S. 33 der Zusammenfassung). Dieser Zeitpunkt scheint mir allerdings näher zu sein als den Verfassern des Enqueteberichts.

Das Klima in der deutschen Psychiatrie (d. h. die Spaltung in biologische und

dynamische Richtungen) hat nun dazu geführt, daß zwei offenbar nicht sehr ideal ineinander integrierte Versorgungssysteme vorgeschlagen werden, ein psychiatrisches und ein psychotherapeutisch-psychosomatisches. Meines Erachtens kann heute niemand sagen, ob dies einen bedauerlichen Nachteil oder einen für die Zukunft der Versorgung positiv zu beurteilenden Vorteil bedeutet. Man kann dabei den Verlust eines natürlichen Zusammenhanges beklagen oder aber meinen, daß die Behauptung eines solchen sowieso pure Heuchelei sei, da er ja nie wirklich bestanden habe und erst jetzt die Chance für Psychotherapie und Psychosomatik besteht, sich frei entsprechend ihrer Bedeutung entwickeln zu können.

Jedenfalls ist die Forderung nach einem Facharzt für psychoanalytische Medizin, die in der Enquete erhoben wird und im letzten Jahr die Diskussion beherrscht hat, eine logische Forderung aus dieser Trennung. Ich habe in den letzten Monaten zahlreiche Gespräche mit alten und jungen Psychoanalytikern und Vertretern der akademischen Psychiatrie innerhalb und außerhalb der Bundesrepublik geführt und die Literatur, soweit sie mir zugänglich war, verfolgt. Die Stämmen eindeutiger Ablehnung von Seiten der „etablierten“ Psychiatrie (EHRHARDT, REIMER, BOCHNIK), vermittelnde Stellungnahmen (DECKWITZ), ausgeprägte Befürworter (EHEBALD, RICHTER, SCHEPANK, HEIGL, BRÄUTIGAM), aber auch von Psychoanalytikern, die sehr skeptisch sind (LOCH, FÜRSTENAU), sind mir bekannt. Ich muß gestehen, daß meine eigene Einstellung lange schwankte, von einer primären, intuitiven, fast instinktiven Abwehr, daß dies das Ende der Psychoanalyse in der bisherigen Form bedeuten könnte, zu einer ambivalenten Bejahung, daß dadurch die Psychoanalyse echt in die Medizin integriert werden könnte und vor allem die oben erwähnte Ungerechtigkeit in der Finanzierung endgültig und radikal beseitigt würde. Es ließe sich dann auch die Lage der jungen Kollegen, die in den psychoanalytischen Abteilungen ausgebildet werden (eine große Sorge der Klinikleiter), befriedigend klären. Es ist für den Ausländer sehr schwierig, eindeutig Stellung zu nehmen. Das Argument, daß dadurch die Psychiatrie verarmen könnte, wenn die Psychotherapie ein eigener Bereich wird, scheint sehr schwach zu sein, denn man kann nicht gut etwas verlieren, was man leider nie gehabt hat. Daß diese Integration in den letzten Jahrzehnten nicht gelungen ist, war ja die eigentliche Ursache, daß heute dieser Weg vorgeschlagen wird. Auch getrennte Disziplinen können einander bereichern, vielleicht sogar besser als verbundene mit ungleichem Gewicht. Ich darf vielleicht aus eigener Erfahrung in meinem eigenen Land sagen, daß die Schwierigkeit, die Tätigkeit meiner Mitarbeiter an einem poliklinischen Institut für Tiefenpsychologie und Psychotherapie für eine sehr begrenzte Zeit für die Facharztanerkennung anrechnen zu lassen, den Wunsch nach Selbständigkeit recht verständlich macht. Ähnliche Erfahrungen mögen wohl auch die Hochschulprofessoren für Psychosomatik, medizinische Psychologie und Soziologie in der Bundesrepublik bewogen haben, sosehr auf einen eigenen Bereich zu bestehen. Zur Zeit

der Abfassung dieses Manuskriptes (20. 4. 1978) läßt sich noch nicht absehen, wie der deutsche Ärztetag entscheiden wird. Inzwischen ist die Ablehnung ja erfolgt. Wäre der Facharzt für medizinische Psychoanalyse durchgegangen, hätten sich schwerwiegende Folgeentschlüsse ergeben. Die Zahl der Ausbildungsstätten hätten wesentlich vermehrt werden müssen, um die kostenfreie Ausbildung zum Psychoanalytiker zu ermöglichen. Die Lehranalyse und die Kontrollanalysen wären zum erstenmal in der Geschichte dieser Bewegung im Rahmen einer Facharztordnung durchgeführt worden und wären nicht mehr eine rein private Anstrengung eines interessierten Kandidaten (sozusagen in seinem Intimbereich) gewesen. Soziale Gerechtigkeit wäre aber erfreulicherweise auf diesem Gebiet etabliert worden. Jeder der will, hätte einen gesetzlich garantierten Zugang zu dieser Form der Ausbildung haben müssen, ohne Rücksicht auf seine finanziellen Möglichkeiten aber vielleicht auch ohne Vorselektion. Der Charakter eines ganz intimen Schüler-Meister-Verhältnisses, basierend auf einem rein persönlichen Vertrauensverhältnis, hätte sich wohl etwas verändert. Der Allgemeinheit wären fürs erste neue Kosten aufgelastet worden. Die Bundesrepublik wäre damit einer vielleicht allgemeinen Entwicklung tapfer vorausgegangen. Andererseits verlöre die deutsche Psychoanalyse weitgehend ihren bisher autonomen Status, was mit der internationalen Situation der Psychoanalytischen Vereinigungen wahrscheinlich schwer vereinbar gewesen wäre.

Die andere Alternative, wie sie inzwischen realisiert wurde, wäre ein zweiter Zusatztitel für den Bereich der Psychoanalyse. Dann bliebe allerdings die Frage der Ausbildungsfinanzierung wieder offen. Eine neue Form der Erleichterung muß jetzt gefunden werden, Sonst wäre diese, vielleicht fürs erste vernünftige Lösung, fast genauso schlecht wie die gegenwärtige Lage. Der Psychoanalytiker mit dem Recht zur Kassenverrechnung müßte dann aber als Basis entweder Facharzt für Psychiatrie oder in einem anderen Bereich oder zumindest Allgemeinpraktiker sein. Ich würde allerdings meinen, daß ihm das nur gut täte. Wie dem auch immer sein wird, die Geltung des Bereiches Psychotherapie/Psychosomatik wird nach menschlichem Ermessen zunehmen und das ist letztlich ebenfalls ein entscheidendes Verdienst der Enquete.

Das sehr ausgewogene Gutachten von H. ROSKAMP und H. SCHMID „Zu Fragen der Organisation von psychotherapeutischen Weiterbildungsstätten“, schlägt die Bildung einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft als Träger vor (S. 942 ff). Daß eine Anbindung an die Universität tatsächlich nicht notwendig wäre, würde mich überraschen. Man hat den Eindruck, als ob die Konzepte zu einer Neuorganisation noch nicht recht durchgereift wären.

In den Sondervoten der DGPN (HIPPIUS und HAFNER) ist darauf hingewiesen worden, daß eine überproportionale Vermehrung stationärer Psychothe-

rapieeinrichtungen problematisch erscheint (der Vorwurf einer Zwei-Klassen-Psychiatrie). Ich muß mich diesen Bedenken bis zu einem gewissen Grade anschließen. Man hat den Eindruck, als ob der Akzent in der Planung in der Bundesrepublik etwas zu sehr auf den stationären Behandlungsformen ruht. Es wird zwar auch die Schaffung von poliklinischen Einrichtungen angeregt aber nicht mit der klaren Betonung, daß hier der Hauptakzent liegen müsse! Denn Psychotherapie ist wohl prinzipiell ein ambulantes Gewerbe.

Ich hatte kürzlich bei einem Besuch in einem sozialistischen Land Gelegenheit, eine interessante Beobachtung zu machen. Eine gut eingeführte Abteilung für stationäre Psychotherapie mußte wegen Umbauten für zwei Jahre geschlossen und poliklinisch weitergeführt werden. Zur größten Überraschung der dortigen Therapeuten zeigte sich aber dabei, daß viele Patienten, die früher ganz selbstverständlich hospitalisiert wurden, jetzt unter den geänderten Bedingungen ebenso leicht ambulant behandelt werden konnten. Ich darf persönlich, etwas über mein eigenes Thema hinaus, übrigens auch zur Tagesklinik Stellung nehmen. Ich sehe immer wieder dort Patienten, die meines Erachtens ohne weiteres auch mit ein- bis zweimal wöchentlicher Psychotherapie ebenso wirkungsvoll behandelt werden könnten. Es gibt sicher Institutionalisierungsphänomene auch im Teilzeitbereich der Sozialpsychiatrie.

Eine stationäre Psychotherapie ist nur indiziert, wenn der gleiche Erfolg nicht auch ambulant erreicht werden kann. Dies ist der Fall, wenn eine sehr intensive Behandlung angezeigt ist, die praktisch den ganzen Tagesablauf in Anspruch nimmt. Dieselbe muß allerdings auch gewährleistet sein. Eine Trennung aus einem pathogenen Milieu ist nur selten sinnvoll, weil der Patient ja dann wieder zurückkehrt. Hier liegt vielmehr die Indikation zur Familientherapie, die ich für die interessanteste Entwicklung moderner Psychotherapie halte. Nur in sehr akuten Krisen ist eine solche Trennung wirklich oft unvermeidlich, dann genügen aber ein paar Krisenbetten. Ich habe von 1946 bis 1950 auf einer Station gearbeitet, die, wenn auch sehr insuffizient, als stationäre Psychotherapie bezeichnet werden könnte, aber vor allem eine wirklich intensive Therapie entsprechend den damaligen Notverhältnissen nicht anbieten konnte. Bis 1971 war ich dann in einer Kasseneinrichtung und der Privatpraxis als ambulanter Psychotherapeut tätig. Mit der Übernahme des Universitätsinstitutes wäre wieder eine Chance gegeben gewesen, eine Station zu eröffnen. Nach vielen Überlegungen, Beratungen mit auf diesem Gebiet befaßten Kollegen und Besuchen in solchen Anstalten habe ich mich entschlossen, darauf zu verzichten. Ich habe diesen Entschluß bis jetzt nicht bereut. Wir brauchen selten und meist nur vorübergehend vor allem Krisenbetten, die wir ohne Schwierigkeiten an befreundeten Stationen bekommen können. Nur für die Ausbildung bedauere ich diesen Mangel, aber hier auch mehr formal aus den oben angeführten Gründen. Es ist ganz klar, daß jede medizinische Fakultät minde-

stens über eine Abteilung verfügen muß. Die psychiatrischen Abteilungen an Schwerpunktkrankenhäusern sollten aber eher der allgemeinen psychiatrischen Versorgung dienen. Dies ist zumindest das Ergebnis der Beratungen des Psychohygienischen Beirats beim Gesundheitsministerium, der etwa einer permanenten Mini-Enquete entspricht und mit dem wir, wie ich glaube, gute Erfahrungen machen. Der Bedarf für Forschungsabteilungen, vor allem für schwere psychosomatische Fälle, steht daneben allerdings außer Frage.

Zu einer weiteren wichtigen Frage nimmt der Bericht kaum Stellung. Es sind dies die nichtärztlichen Psychotherapeuten. Überall hört man auf die Frage, wie dieses Problem gelöst werden soll, daß dies durch das neue Psychologengesetz geklärt werde. Es ist mir nicht gelungen, eine Information zu bekommen, wie. Inzwischen ist dieser Defekt allerdings korrigiert, das Bild ist dadurch allerdings nicht viel klarer.

Das bevorstehende Einließen tausender vielleicht oberflächlich an Verhaltens- und Gesprächstherapie oder Gruppendynamik orientierter Psychologen (von den zahllosen neuen Methoden gar nicht zu reden) ängstigt nicht nur aus standespolitischen Gründen, sondern mit Rücksicht auf die Qualität der Versorgung der Patienten und Klienten. Es ist aber gar kein Zweifel, daß die Ausbildung zum klinischen Psychologen, der psychotherapeutisch arbeiten soll, nur in klinischen Abteilungen im postgraduate Training möglich ist, wo er die Grenzgebiete zur Psychose und zur psychosomatischen Krankheiten (also körperliche Krankheit mit ihren medizinischen Aspekten) kennenlernen muß. Es ist z. B. undenkbar, daß ein Psychologe behandelt, der die Suicidproblematik nicht bei entsprechenden Patienten erfahren hat. Da wir in Österreich ebenfalls im Augenblick vor der Aussendung eines Psychologengesetzes als Regierungsentwurf stehen, wäre gerade dieses Problem auch für uns recht interessant gewesen. Für die Versorgung der Bevölkerung ist es natürlich nicht gleichgültig, wie und unter welchen Bedingungen diese große Berufsgruppe eingesetzt werden soll. Für Österreich sei nur gesagt, daß nicht vorgesehen ist, den § 1 des Ärztegesetzes, der das medizinische Behandlungsmonopol konstituiert, zu ändern. Der Begriff psychologische Beratung oder sogar Behandlung wird aber relativ weit, der Krankheitsbegriff dagegen eng interpretiert werden. Die Frage einer Kassenhonorierung ist selbst bei den Ärzten bei uns noch nicht geregelt, geschweige denn bei den Psychologen.

Das nächste Problem, das nach meinem Gefühl bei der Enquete kaum berührt wurde, betrifft die Gestaltung der psychotherapeutischen Polikliniken. Wenn ich nichts übersehen habe, wird dieser Punkt fast überhaupt nicht diskutiert. Die psychotherapeutische Versorgung durch niedergelassene Einzeltherapeuten zu lösen, ist nicht optimal, da diese, gebunden an ihre jeweilige Ausbildung, meist nur eine oder wenige Methoden beherrschen und daher theorie-

zentriert und nicht patientenzentriert denken und arbeiten müssen. Eine Gruppe von Therapeuten (auf interdisziplinärer Basis), die mehrere Methoden zur Auswahl haben, könnte in Teamkommissionen viel eher jene Methode auswählen, die für den jeweiligen Patienten die optimale Therapie darstellt, wobei natürlich die gegebene soziale Situation mitberücksichtigt werden muß. Auch Gruppen- und Familientherapie, deren Bedeutung ich sehr hoch einschätze, könnte in einem solchen Setting leichter bewältigt werden. Gegenseitige Supervision in Fallbesprechungen würde die Einsamkeit der Entschlüsse korrigieren und die Arbeit einer solchen Institution auch transparenter machen als die isolierte Situation, die wir sonst typischerweise vorfinden. Kurz gesagt: Das Prinzip des Methodenpluralismus, das uns sehr wertvoll erscheint, wird in der Enquete nicht berücksichtigt. Organisatorisch kann sowohl eine Poliklinik als auch eine Gruppenpraxis eine solche Aufgabe bewältigen.

Der letzte Punkt, wo wir den Intentionen der Enquete nur ungeteilten Beifall spenden können, sind die regionalen psychosozialen Arbeitsgemeinschaften, wie sie z.B/H. E. RICHTER in Gießen schon realisiert hat, mit denen man eine optimale Kooperation und Vermeidung von Überlappungen und Überbetreuung erreichen kann, die an manchen Orten schon eine gewisse Gefahr darstellen.

Am Abschluß meines Kommentars zur Psychiatrie-Enquete des Bundestages möchte ich noch eine selbstkritische Reflexion stellen:

Der Bericht ist das Ergebnis jahrelanger Bemühungen erstklassiger Fachleute, die aus einer intimen Kenntnis der Situation in der Bundesrepublik Deutschland diesen Überblick erarbeitet haben. Der Kritiker aus dem Ausland beurteilt aus einer größeren Distanz, die vielleicht manchmal einen Vorteil darstellt, aber sicher viel häufiger aus Mißverständnissen über die Voraussetzungen nicht wirklich der Lage angepaßt ist. So konnte auch meine Stellungnahme nur aus meinem beschränkten Erfahrungshintergrund und aus meiner Ausbildung als Psychoanalytiker einer, wie ich glaube, stark sozialpsychiatrisch geprägten Modifikation kommen. Ich bin weit davon entfernt, meinen Ausführungen Allgemeingültigkeit zuzuschreiben. Ich habe nur versucht, mir zu diesem mutigen Versuch, die Versorgung der Bevölkerung zu verbessern, nach bestem Wissen und Gewissen einige Gedanken zu machen, die Ausgangspunkt einer Diskussion sein sollen.

## Koreferat zum Vortrag von H. Strotzka:

### *IV. Bräutigam*

Es ist kaum möglich, ein so ausgewogenes Referat noch einmal zu koreferieren. Hans Strotzka hat die verschiedenen möglichen Gesichtspunkte bei den meisten der angeschnittenen Fragen selbst eingebracht und reflektiert.

Das spannungsvolle Verhältnis von Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik und die Konflikte beim Zustandekommen der Enquete sind nicht verschwiegen worden. Sie liegen m.E. nicht allein in der kritischen Distanz der klassischen deutschen Psychiatrie zur Psychoanalyse und auch nicht allein in gewissen Tendenzen der Psychoanalyse, sich in einer defensiven Position des Verfolgten zu isolieren. Es sind eben nicht nur diese traditionellen Gewohnheitshaltungen, sicher auch nicht Prestige Gründe oder finanzielle Interessen, die dazu geführt haben, daß, in Abgrenzung von der psychiatrischen Versorgung, von einer psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung gesprochen wurde, daß eigene klinische und ambulante Institutionen, besondere und qualifizierende Aus- und Weiterbildungsgänge vorgeschlagen wurden. Die hier vorgelegte Enquete zur Versorgung der psychisch Kranken gibt in ihrem großen Umfang, in der Vielzahl der angeschnittenen Probleme bei den verschiedenen Krankheitsgruppen, den unterschiedlichen Institutionen und Berufsfeldern Zeugnis von sich immer mehr differenzierenden diagnostischen, therapeutischen und präventiven Aufgaben. Seelisches Kranksein reicht vom Rätsel der endogenen Psychosen über die zunehmende Zahl hirnrorganisch Kranker bis zu den Neurosen, den klassischen psychosomatischen Krankheitsbildern, den Suchtkrankheiten; sie bietet das neue und weite Feld der seelischen Probleme bei primär organischen Krankheiten, schließt kinderpsychiatrische und kinderpsychotherapeutische Aufgaben, Versorgung von Suizidkranken, Epileptikern, von psychosozialen Randgruppen und noch vieles andere, das hier nicht zu nennen ist, mit ein.

Der Vorschlag der Enquete war der der Dezentralisierung, der Öffnung der Psychiatrischen Krankenhäuser und der Stärkung der komplementären Einrichtungen. Den sich immer mehr ausdifferenzierenden Aufgaben ist nur durch eine Fächerung der Institutionen, durch eine Spezialisierung von Weiterbildungsgängen gerecht zu werden. Dazu gehört z.B. auch die Einführung einer Fachgebietsbezeichnung Psychoanalytische Medizin, deren Vorteile und ideale Zielrichtungen Herr Strotzka im Rahmen einer solchen breiten und vielgliedrigen Bewegung richtig angesprochen hat: Für die Psychiatrie, mit Einschluß aller in der Versorgung hier Tätigen, geht es darum, sich in einer psychotherapeutischen Grundhaltung einzuüben - für die Psychoanalyse bedeutet sie, in der Medizin voll anerkannt und integriert zu sein. Der letzte Ärzte-

tag ist nun dem Vorschlag der Enquete und der übrigen Fachgesellschaften zur Einführung dieser Gebietsbezeichnung zunächst einmal nicht gefolgt, die Entscheidung wurde zurückgestellt und es wird zunächst einmal alles beim alten bleiben. Das hat für die analytische Psychotherapie Nachteile, sie bleibt im Status einer Abendausbildung in privaten Instituten, sie behält ihre wichtigste Institution wie zu Sigmund Freuds Zeiten im Sprechzimmer, nicht in einer Poliklinik als Weiterbildungsstätte, die neben anderen medizinischen Weiterbildungsstätten steht.

Natürlich muß eine psychotherapeutische Weiterbildungsstätte eine Ambulanz haben - Poliklinik ist ein Reizwort geworden, aber die Stärkung der ambulanten Vor- und Nachsorgeeinrichtungen gehört ja zum Grundkonzept der Enquete selbst. Daß in diesen Weiterbildungsstätten nicht nur die klassische Psychoanalyse, sondern auch die Anwendung der Psychoanalyse in dynamischer Psychotherapie, Gruppentherapie und Familientherapie vermittelt wird, ist eine der selbstverständlichen Aussagen, von denen die Enquete ausgegangen ist. Als Träger kommen sowohl Universitäts-einrichtungen wie öffentlich-rechtliche Träger in Frage. Die Weiterbildung auch auf anderen Fachgebieten vollzieht sich ja heute nicht allein an den Universitäten, sondern ganz oder teilweise an Krankenhäusern mit privaten oder öffentlich-rechtlichen Trägerschaften.

Nun noch einige Bemerkungen zu zwei Punkten:

1. Ich kann das Fehlen von Ausführungen über den zukünftigen Weiterbildungsgang von Psychologen nicht ganz bestätigen. Zwar ist in der Zusammenfassung nur ein Satz zu finden, im Weiterbildungskapitel wird aber an zwei Stellen (S. 331 und S. 348) auf mehreren Seiten detailliert und inhaltsreich darüber geschrieben. Es werden die Weiterbildungsgänge der Psychologen in analytischer Psychotherapie, in Verhaltenstherapie und in Gesprächstherapie ausdrücklich präzisiert, dabei mehrjährige Weiterbildungsgänge, Facharztausbildungen vergleichbar sowie eine klinische einjährige Erfahrung im psychiatrischen Bereich gefordert. Die Enquete hat hier auch ausdrücklich vertreten, daß Psychologen das Recht haben sollen zu behandeln und nicht nur zu beraten, wie Herr Strotzka aus der österreichischen Praxis empfiehlt. Es wird nicht das bisherige Delegationsverfahren und damit eine Abhängigkeit der Psychologen vertreten, sondern ein wechselseitiges Zuweisungsverfahren zwischen Ärzten und Fachpsychologen mit Festlegung der jeweiligen Verantwortungsbereiche, mit Konsultationsmöglichkeiten und -pflichten, z.B. bei bestimmten körperlichen und psychiatrischen Krankheitsbildern. Allerdings wird auch betont, daß es nicht möglich ist, die jetzt fehlende psychotherapeutische Kapazität einfach dadurch zu schaffen, daß man Psychologen ohne weiteres und ohne klare Aus-

bildungskonzepte als Heilberuf anerkennt, als Psychotherapeuten bezeichnet. Wichtig ist es, daß Ärzte und Psychologen gemeinsame Vorstellungen über Krankheitslehre und Krankheitsbegriffe haben und daß Psychologen Erfahrungen gewinnen, wie psychische Krankheitsentwicklungen mit all ihren Eigen- und Fremdgefährdungen aussehen können. Für die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung scheint es eher ungünstiger, wenn es in der Zukunft eine große Zahl von Fachpsychologen für analytische Psychotherapie, für Verhaltens- oder für Gesprächstherapie geben sollte, aber keine fachärztlichen Psychotherapeuten, die das medizinische Krankheitskonzept der Psychotherapie ebenso gewichtig vertreten können. Das Psychologengesetz wird ja jetzt schon als Psychotherapeutengesetz gehandelt und es könnte einmal so aussehen, als ob der Arzt nur für die körperliche Untersuchung und die medikamentöse Behandlung zuständig ist, für die technische Medizin, wie uns schon vorgehalten wurde, und der Psychologe für die Seele, für das Gespräch.

2. Ein Wort noch zu den Krankenstationen im Bereich der Psychotherapie und Psychosomatik, die die Enquete vorgeschlagen hat, die Herr Strotzka für überflüssig hält und die auch in Sondervoten nur dem Univeritätsbereich zugestanden wurden. Die Wirklichkeit läuft hier den Planungen davon. Es schießen gegenwärtig psychosomatische Kurkliniken aus dem Boden, offenbar von einem echten Bedarf getragen. Und zwar sind es nicht nur Heilstätten für Alkoholiker und Suchtkranke oder private psychiatrische Kliniken, die ihre Aufgaben und ihre Kranken unter dem weniger belastenden Namen Psychosomatik verbergen, sondern kleine und größere Anstalten, wo schwere Persönlichkeitsstörungen und psychosomatische Krankheiten intensiv behandelt werden. Ich sehe außerhalb solcher Einrichtungen z.B. keine Möglichkeiten, Kranke mit Pubertätsmagersucht zu behandeln, um hier eine Krankheitsgruppe anzusprechen. Allerdings, auch das zeigt das Beispiel, ist es notwendig, nach einer stationären Einleitung die Möglichkeit einer ambulanten Nachbehandlung von der gleichen Institution und den gleichen Psychotherapeuten zu schaffen. Deswegen sollten solche Kurkliniken nicht in abgelegenen, landschaftlich schönen Regionen gegründet werden, sondern am Rande der Ballungsräume.

Der Transfer ist zu gewährleisten, d.h. das, was an neuen Erkenntnissen und Erfahrungen in der stationären Behandlung gewonnen wurde, muß sich im Alltag des Berufes und der Familie bewähren und die Lernerfahrung sich dort fortsetzen. Es hat sich eine spezielle Indikation für stationäre Psychotherapie herausgebildet, vor allem bei chronifizierten neurotischen und psychosomatischen Krankheitsprozessen und Krankheitsauffassungen der Patienten. Die radikale Verpflanzung in ein therapeutisches klinisches Milieu, ein Neuanfang, der in einer Ganztagerfahrung gründet, erscheint nützlich. Der traditionelle

Standpunkt, daß Neurotiker und psychosomatisch Kranke nicht hospitalisiert werden sollten, betrifft traditionell geführte Krankenabteilungen, die den Kranken im Bett halten und ihn zu einem regressiven Verhalten führen. Psychosomatische Kliniken sind heute als therapeutische Gemeinschaften geführt, es bestehen vielfältige Möglichkeiten, sich auszudrücken, sich auszusprechen und zu kommunizieren mit anderen Menschen, wobei neben Einzeltherapie, Gruppentherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie, Gestaltungstherapie eine ganze Reihe anderer Verfahren entwickelt wurden. Im Vergleich mit den üblichen Heilverfahren und Kurverschickungen scheint diese stationäre Psychotherapie viel effizienter. Jedenfalls gibt es nicht nur öffentliche Träger, sondern auch private Unternehmen, die gegenwärtig solche psychosomatischen Kurkliniken fördern, und es liegen auch erste Katamnesen vor, die den Effekt günstiger darstellen als die sonst in Kurkliniken investierten öffentlichen Gelder, bei denen das Heilverfahren nur eine schöne Episode bleibt.

Zum Schluß noch ein persönliches Wort:

Von ihren Anfängen 1970 bis zu ihrer Fertigstellung hat das Konzept der Enquete selbst einen Entwicklungsprozeß durchlaufen, der gerade im Verhältnis zur Psychotherapie/Psychosomatik durch Krisen, Konflikte mit der Tendenz auseinanderzugehen charakterisiert war, schließlich aber doch zu Kompromissen und zu gemeinsamen Aussagen geführt hat. Hier hat eine jüngere Generation von Psychiatern entscheidend geholfen, das alte Mißverhältnis von Psychiatrie und Psychotherapie zu korrigieren, jedenfalls einen neuen Anfang dazu zu machen, ich möchte mich an dieser Stelle zum Sprecher der psycho-therapeutisch-psychosomatischen Arbeitsgruppen machen und den psychiatrischen Kollegen, die in der Kommission und in den Arbeitsgruppen mitgewirkt haben, an erster Stelle Herrn Kulenkampff, für dieses Entgegenkommen danken. Ich hoffe, daß es weiterhin bei einer Differenzierung zugleich auch eine Verbundenheit und wechselseitige Durchdringung bei unserer gemeinsamen Aufgabe der Versorgung psychisch Kranker geben wird.

## Diskussion zum Vortrag von H.Strotzka (gekürzte Fassung)

*Ducho:* Ich fühle mich durch die letzten Worte von Herrn Bräutigam sehr angesprochen. Ich danke Ihnen für die verständige Mitarbeit bei den Enquete-Arbeiten und daß doch noch Formulierungen gelungen sind, an die zunächst gar nicht gedacht war. Ich befand mich damals in einer dauernden Erheiterung, weil ich an einen Fernsehfilm von Dieter Hildebrandt erinnert wurde, in dem jedesmal durch besondere Machenschaften der Fernsehgewaltigen das Wort „Gott“ durch das Wort „höhere Wesen“ ersetzt werden mußte. Und so ging es auch in weiten Bereichen bei der Formulierung dieses Abschnittes der Enquete, daß wir jedesmal statt nur Psychiatrie dann Psychiatrie und Psychosomatik/Psychotherapie schrieben. Dank auch Herrn Enke, der hier nicht anwesend ist, daß uns die Schlußformulierung doch einigermaßen seriös gelungen ist. Dennoch ist nicht zu verkennen, daß heute Ausführungen gemacht wurden, die die Zeitbombe, die immer noch zwischen den verschiedenen Psychotherapiemethoden liegt und die vor allem das Vorgehen der psychotherapeutischen Gesellschaften gegeneinander angeht, nicht entschärft wurde. Ich vermisse in diesem Zusammenhang die wohlwollenden Worte von Herrn Redlich hinsichtlich der Bedeutung der Psychoanalyse.

Ich möchte Sie bitten, mir nicht übel zu nehmen, daß ich damals als Vertreter des Bundesvorstandes der niedergelassenen Nervenärzte Ihnen den Facharzt für Psychoanalyse vermasselte, und zwar nicht nur aus Gründen der Methodik. Mit Recht haben die Weiterbildungsordnungen der entsprechenden Landesminister bisher einen solchen Facharzt nicht aufgenommen. Bei dem großen Interesse sehr vieler Ärzte für andere Methoden der Psychotherapie müssen wir befürchten, daß dann auch ein Facharzt für Verhaltenstherapie oder Gesprächspsychotherapie gefordert wird. Aus diesen Gründen hat der Facharzt für Psychoanalyse nicht unsere Zustimmung bekommen.

In der Auseinandersetzung um den sog. nichtärztlichen Psychotherapeuten war ein Gremium der Bundesärztekammer tätig, dem ich lange angehörte. Damals war Herr Kohischeen Vertreter der Psychologen, mit dem sich gut verhandeln ließ. Dann kam leider eine neue Generation von Psychologen, die alles wieder über den Haufen warf und überzogene Forderungen stellte, denen man nicht entsprechen konnte. Offenbar sind diese Psychologen nicht informiert genug über das, was die RVO bedeutet und was die Kassenverträge beinhalten. Aus diesem Grunde wird es noch heftige Auseinandersetzungen geben, ich bin nicht gegen die Teilnahme von Psychologen an der Psychotherapie, nur muß man dann einen Krankheitsbegriff - wie in Österreich - schaffen, was sehr schön wäre. Leider ist durch eine Bundessozialgerichtsentscheidung bei uns der alte Krankheitsbegriff weitgehend aufgeweicht, so daß im

Grunde alles behandelbar wird - auch viele minimale Charakterstörungen -die kleinste psychogene Reaktion. Was nun die Behandlungsformen der Psychoanalyse angeht, so möchte ich mir eine Bemerkung erlauben: Freud hat doch einmal gesagt kein Therapieerfolg ohne substantielles Opfer. Eine Frage zum Schluß an Sie und besonders an Herrn Strotzka, welche Erfahrungen haben Sie nun gemacht, nachdem solche Opfer von den Patienten nicht mehr gefordert wurden und werden?

*Schepank:* Ich möchte auf die Frage oder den leisen Vorwurf von Herrn Strotzka eingehen, daß in der Enquete die ambulanten Dienste in der Psychotherapie vernachlässigt worden seien. Ich selbst gehörte der Arbeitsgruppe „Ambulante Psychotherapie“ an. Ich glaube, die überwiegende Mehrheit der Psychotherapeuten in der Bundesrepublik Deutschland und auch der übrigen Mitglieder der Enquete-Kommission sind der Meinung, daß der Schwerpunkt der Psychotherapie und der Psychoanalyse im ambulanten Bereich zu liegen hat, wie auch die Prozentzahl der Neurosen bei den niedergelassenen Nervenärzten viel größer ist als bei den stationären Einrichtungen. Die ambulante Versorgung durch den niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten wurde doch sehr eindeutig akzentuiert.

Zu der Frage der verschiedenen Therapieverfahren, die Herr Strotzka anschnitt, ist folgendes zu bemerken: In den psychosomatisch/psychotherapeutischen Kliniken werden neben der klassischen Psychoanalyse vor allem modifizierte Verfahren der Einzel- und Gruppentherapie und averbale Therapieverfahren usw. praktiziert, während z. T. aus kassenrechtlichen Gründen andere Verfahren in der Praxis des niedergelassenen Psychotherapeuten und Psychiaters kaum möglich sind.

Noch etwas in Anknüpfung an das Referat von Herrn Redlich: Psychoanalyse wird, glaube ich, in der Bundesrepublik Deutschland und in den USA verschieden verstanden. Wir sollten den Begriff nicht zu eng fassen und nicht, wenn wir Psychoanalyse sagen, nur an die 800 oder 1000 Stunden auf der Couch denken. Ich meine, daß die psychoanalytische Psychotherapie, wie wir sie in der Kassenregelung mit einem Stundenaufwand von maximal 250 Stunden praktizieren, mit Recht auch Psychoanalyse ist. Auch kann eine Psychotherapie im Gegenübersitzen, wenn sie analytisch fundiert ist und von einem Analytiker durchgeführt wird, sowie die Gruppentherapie und Kindertherapie, mit Recht Psychoanalyse genannt werden.

*Heigl-Evers:* Noch einmal ein paar Worte zu dem strittigen Facharztthema. Ich möchte Ihnen in Erinnerung rufen, wie die psychotherapeutische Versorgung unter den Aspekten der Weiterbildung in unserem Lande z.Z. gekennzeichnet ist. Seit vielen Jahren haben wir einen Fachpsychotherapeuten, wenn man un-

ter einem Fach Psychotherapeuten einen Arzt versteht, der ganztägig Psychotherapie betreibt. Dieser Fachpsychotherapeut wird bislang an Instituten mit Vereinscharakter weitergebildet in einem privat zu finanzierenden Abend-schulbetrieb. Er füllt seinen Tag mit dem aus, was Herr Strotzka von jenem Spezialisten forderte, den er, wenn ich ihn richtig verstanden habe, in der psychotherapeutischen Versorgung bei aller Ambivalenz dennoch für notwendig hält. Und wenn jetzt diese Ärzte den Wunsch an ihre Landesorganisation richten, daß ihre Tätigkeit auch öffentlich-rechtlich abgesichert wird, abgestützt wird, dann ist dies m.E. ein legitimes Bedürfnis.

*Middelhoff:* Noch etwas zum Thema „Facharzt für psychoanalytische Medizin“. Im 19. Jahrhundert herrschte mit der sog. moralischen Behandlung die psychotherapeutische Grundeinstellung im Landeskrankenhaus. Sie hatte eminente therapeutische Erfolge, wie auch Herr Meyer in seiner kürzlich erschienenen Arbeit nachgewiesen hat. Wir brauchen sicher in den Landeskranken-häusern wieder so etwas wie diese psychotherapeutische Grundhaltung. Nun stellen wir immer wieder Analytiker ein, die 5, 6 oder 8 Jahre lang an einer psychosomatischen Klinik hochdifferenziert ausgebildet wurden und die bei uns eine psychotherapeutische Abteilung übernehmen sollen. Das scheitert dann am fehlenden Facharztstitel. So sind schon mehrere Ansätze gescheitert, einen Oberarzt für Psychotherapie am Landeskrankenhaus einzusetzen. Aus dieser Sicht wäre der Facharzt für psychoanalytische Medizin sicher hilfreich.

*Bosch:* Herr Bräutigam hat über die stationären Einrichtungen einiges gesagt, was so präzise nicht im Text der Enquete zu finden ist. Herr Strömgren, Ihnen wie auch anderen ist aufgefallen, daß für diesen Bereich in der Tat eine Menge solcher stationärer Einrichtungen vorgesehen ist, und zwar für jedes Standard-versorgungsgebiet eine an der Klinik, eine an der Rehabilitationsklinik, eine an jeder größeren Kinderklinik, eine an jeder Universität. Rechnet man das hoch, kommt man schon bei einer Standardversorgungsgebietsgröße von 500.000 Einwohnern, also bei einer sehr großen Einheit, auf weit über 100 stationäre Einrichtungen. In den Standardversorgungsgebieten von 250.000 Einwohnern liegt die Zahl dann bei schätzungsweise 300-400 solcher Einrichtungen. Sie haben betont, daß das Gewicht der psychotherapeutischen Behandlung primär auf dem ambulanten Sektor liegen sollte. Auch in den Ausführungen von Herrn Strotzka habe ich eigentlich keine überzeugende affirmative Unterstützung für die Forderung nach diesen vielen stationären Einrichtungen herausgehört. Jetzt meine Frage an Sie, wenn Sie die Ausführungen von Herrn Bräutigam überzeugt hätten, dann hätte sich Ihre Frage nach dem Sinn erledigt, oder bleiben Ihre Zweifel?

*Hafner:* Wir sind unversehens in eine Diskussion geraten, die auch berufspoliti-sche Motive hat, und damit nicht mehr alleine um die Ziele derer geht, die wir

zu versorgen haben. Dennoch können berufspolitische Entscheidungen Auswirkungen haben auf die, die wir zu versorgen haben. Auch das Votum gegen den Aufbau zahlreicher psychotherapeutischer Krankenhäuser möchte ich noch einmal zur Diskussion stellen. Die Leute, die Psychotherapie stationär brauchen, sind in der Regel Patienten in Krisen, die kurz aufgenommen und dann ambulant weiterbehandelt werden müssen, und ein kleiner Teil von chronisch Kranken, die einer längerfristigen Therapie bedürfen. Wenn der ganze psychotherapeutische Versorgungssektor außerhalb der Psychiatrie angesiedelt wird, dann verändern sich die psychiatrischen Krankenhäuser. Wir wollen doch bessere psychiatrische Institutionen haben, in denen nicht nur die hoffnungslos Kranken und Schwerkranken sind. Dazu ist mehr psychotherapeutische Kompetenz des Psychiaters notwendig. Herr Bräutigam, Herr Thomae und ich haben 1962 eine psychotherapeutische Ausbildungseinrichtung aufgebaut, die vorwiegend der psychotherapeutischen Ausbildung von Psychiatern diente, weil wir der Überzeugung waren, daß eine gute Psychiatrie nur betrieben werden kann, wenn der Psychiater eine breite psychotherapeutische Kompetenz hat. In der Bundesrepublik entstehen nicht nur durch zahlreiche Privatunternehmen psychosomatische Kliniken, sondern auch Allgemeinkrankenhäuser, die freie Betten haben, eröffnen psychosomatische Abteilungen, und zwar, weil sie meinen, viel weniger Schwierigkeiten und Konflikte als mit psychiatrischen zu haben. Das bedeutet natürlich, daß wieder das schwächste Glied der Kette leer ausgeht. Auch deswegen brauchen wir am psychiatrischen Krankenhaus eine kleine spezialisierte und für die Ausbildung wirkende psychotherapeutische Kapazität zur stationären Behandlung neurotischer Patienten.

Wir sind das einzige Land auf der Erde, daß Psychotherapie getrennt von der Psychiatrie an eigenen Lehrstühlen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik unterrichtet. Sollen wir wirklich weitergehen in dieser Trennung, sollen wir wirklich den Psychiater in der Kompetenz begrenzen? Dann landen die Psychiater wieder zu sehr in der somatischen Linie, weil sie der psychotherapeutischen Erkenntnisse und Verfahren beraubt sind und zu reinen Somato-Therapeuten werden. Ich plädiere also sehr für eine psychotherapeutische Kompetenz des Psychiaters und dafür, daß ein psychiatrisches Krankenhaus der Zukunft auch für diesen Versorgungsbereich stationär verantwortlich ist.

*Dornen* Herr Strotzka, Sie haben den Begriff der „therapeutischen Grundhaltung“ gewählt. Sie sollte weit vor dem, was später dann mit therapeutischen Techniken gemeint ist, liegen, also dicht am Patienten, an der Praxis. Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie den Begriff der „therapeutischen Grundhaltung“ näher erläutern könnten.

Zweitens zum Thema des nichtärztlichen Therapeuten hätte ich gerne gewußt, wie diese Psychologen oder auch Sozialarbeiter eigentlich arbeiten sollen, sollen sie sich in Praxen niederlassen oder in Beratungsstellen arbeiten?

**Bauer:** Ich will den vielen Bekenntnissen für oder gegen den Facharzt für psychoanalytische Medizin nicht noch ein eigenes hinzufügen, sondern nur eine Bemerkung machen zu der von Frau Heigl-Evers angesprochenen privat zu finanzierenden psychoanalytischen Ausbildung. Ich selbst mache seit ca. 6 Jahren diese Ausbildung und habe knapp 400 Stunden eigener Analyse absolviert. Dazu etwa 50 sogenannte Einzelkontrollstunden und 50 Gruppenkontrollstunden. Das sind zusammen etwa 500 Ausbildungsstunden. Die Ausbildungsordnung schreibt andererseits vor, 600 Behandlungsstunden mit Patienten durchzuführen, die ja seit langem von der Krankenkasse bezahlt werden. Unter dem Strich ergibt dies plus/minus null. Von einer privaten finanziellen Belastung, die jeder Ausbildungskandidat auf sich zu nehmen hätte, kann zumindest dann keine Rede sein, wenn er die Ausbildung zu Ende bringt.

Meyer zu Herrn Hafner: Ich stimme Ihnen zu, daß es ganz schlimm wäre, wenn die Psychotherapie noch stärker aus den psychiatrischen Kliniken auswandern würde. Durch das Fach Psychotherapie/Psychosomatik als Lehrfach und Prüfungsfach von derselben Größe wie Psychiatrie und wie Neurologie ist ein Faktum gegeben, daß das Zusammenkommen von Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik noch erschwert. Wenn man, wie Herr Strotzka vorschlägt, möglichst keine stationären psychotherapeutischen Einheiten schafft, dann frage ich mich, wie man einen guten Unterricht machen soll, in dem man nicht nur mit Video-Bändern auskommt. Wie will man dann Forschung treiben? Es besteht nicht nur in der Evaluation ein großes Defizit, sondern auch in der Forschung, etwa über Neurosenverläufe, zumal der Psychoanalyse immer wieder ihre mangelnde Wissenschaftlichkeit vorgeworfen wird.

Das hängt auch damit zusammen, daß sie keinen stationären Apparat hinter sich hat, der es ermöglicht, daß man den Patienten gründlich untersuchen kann, wozu die ambulante Behandlung oft nicht genug Möglichkeiten bietet. Durch die neue AÖ ist eine schwierige Situation geschaffen worden, die **sich** in den Kompromissen der Enquete nur widerspiegelt, auch wenn diese Entwicklung heute als großer Fortschritt in unserem Lande gelobt wird.

**Strotzka:** Ein großer Teil der Diskussionsbeiträge haben sich an Herrn Bräutigam gerichtet und betreffen innerdeutsche Probleme. Ich möchte prinzipiell sagen, meine Erfahrung ist die eines ambulanten Psychotherapeuten und das ist mir genauso ans Herz gewachsen wie den stationären Psychotherapeuten ihre Station. Das mag auch der Grund sein, warum ich die ambulante Psychotherapie vorziehe.

Was das Honorar angeht, so haben wir gerade am Berliner Zentralinstitut, das für mich in der Kassenambulanz ein großes Vorbild war, sehr viele Erfahrungen gemacht. Wir haben es in der eigenen Kassenambulanz und auch im englischen Gesundheitsdienst. Die Effizienz der psychoanalytischen Arbeit, ob

psychoanalytische Psychotherapie oder Psychoanalyse, ist ohne Honorar offenkundig nicht viel schlechter als mit Honorar. Durch das Honorar wird ein Selektionsprinzip geschaffen. Patienten, die bereit sind, ein hohes Privathonorar zu zahlen, sind natürlich hochmotiviert und bereit, diese Investition wirklich auszunutzen. Es ist also nicht sehr leicht zu beantworten, wie man diese Motivationsfaktoren mitberücksichtigt, aber es geht zumindestens. Ich würde mir für die Bundesrepublik wünschen, daß das Berliner Institut multipliziert würde, das wäre dann die ideale Versorgung. Ich bin mir im klaren, dass dem politische Schwierigkeiten gegenüberstehen, für die ich mich aber nicht zuständig fühlen muß.

Ich glaube, daß ich Herrn Dörners Frage wegen der psychotherapeutischen Grundhaltung mit einem Satz beantworten kann: Meine Entwicklung zur psychotherapeutischen Grundhaltung kommt aus der Arbeit mit Sozialarbeitern und deckt sich mit der Casework-Haltung. Wenn es uns gelänge, diese psychotherapeutische Grundhaltung zu schaffen, würden wir genug Prävention machen, so daß man viel weniger behandeln müßte, ich hätte gerne eine interdisziplinäre, methodenpluralistische Arbeit in einer Institution, weil mir das das ideale Modell der Versorgung zu sein scheint. Eine freie Praxis der nichtärztlichen Therapeuten erscheint mir fraglich.

Dann zu Herrn Meyer: Ich sehe nicht ein, warum Forschung an Stationen gebunden ist. Ich kann auch ambulant forschen, viel besser, viel weniger verfälscht in der normalen sozialen Umgebung, denn da vermeiden wir die Kunstprodukte der Institutionalisierung.

*Strömngren:* Psychotherapie ist ein zentraler Bestandteil der Psychiatrie und ich bin gegen jede Sequestrierung innerhalb der Psychiatrie, denn eine Psychiatrie ohne Psychotherapie ist keine Psychiatrie - auch wenn einige Psychotherapeuten ihre Pubertätsmagersuchten aus der psychiatrischen Klinik hinaus in die selbständige stationäre Abteilung legen können. Das bedeutet nicht, daß die Psychiater in der psychiatrischen Klinik damit aufhören, Psychotherapien zu betreiben. Aber die Öffentlichkeit wird leicht den Eindruck bekommen, daß jetzt nur noch in diesen psychotherapeutischen Stationen Psychotherapie betrieben wird. Dies ist eine Diskriminierung gegen den Rest der Psychiatrie und ich sehe nicht ein, warum diese Psychotherapien und diese kleinen stationären psychotherapeutischen Abteilungen nicht als Teil oder Nachbarn von den psychiatrischen Kliniken leben können. Es kann doch dort ebensogut behandelt werden wie in den selbständigen Abteilungen. Auch für die Ausbildung und die Forschung ist es wichtig, daß diese Abteilungen in der Nähe der psychiatrischen Kliniken sind. Es ist für diejenigen jungen Psychiater, die in den psychiatrischen Kliniken ihre Ausbildung bekommen, notwendig, daß sie dort fortwährend mit vollausgebildeten Psychotherapeuten Kontakt haben und von

ihnen lernen und gleichzeitig die übrigen psychiatrischen Kenntnisse erwerben. Vielleicht sehe ich das zu sehr unter dem Gesichtspunkt der dänischen Situation. In der dänischen Ausbildung der Psychiater wird gefordert, daß man in verschiedenen Arten von psychiatrischen Abteilungen arbeitet und daß man auch in bestimmten Abteilungen Psychotherapie lernen kann. In diesen besonderen Ausbildungsabteilungen, wo Psychotherapie gelehrt wird, wäre es undenkbar, wenn Psychotherapie die Psychosomatik sequestrieren würde.

*Bräutigam:* Ich brauche eigentlich nicht zu betonen, daß niemand daran gedacht hat zu sequestrieren und der Psychiatrie oder einem anderen Bereich der Medizin die Psychotherapie zu entziehen. Es ist nicht die Sache der sich abgrenzenden Psychotherapeuten und Psychosomatiker, sondern es ist die Frage, wie stark die Psychiatrie die Psychotherapie bei sich haben will und welchen Stellenwert sie ihr gibt. Wenn es z. B. möglich ist, Herr Hafner, auf Ihrer psychiatrischen Abteilung all das zu verwirklichen, was bei Herrn Schepank in der psychotherapeutischen/psychosomatischen Abteilung mit Magersuchten psychotherapeutisch gemacht wird, dann ist es natürlich nicht notwendig, Patienten dorthin zu verlegen. Ich weiß nicht, woher diese Vorstellungen der Sequestrierung immer wieder kommen, denn das Wort von einer psychotherapeutischen Durchdringung aller medizinischen Bereiche, wie es Herr Strotzka vertreten hat, ist mir sehr nahe.

Ich glaube nicht, daß man den Psychologen, die verhaltenstherapeutisch oder gesprächstherapeutisch denken, unseren Krankheitsbegriff aufzwingen kann; doch sie sollten ihn kennen. Ich habe diesen Standpunkt immer vertreten und viele Jahre lang Psychologen an der Universität geprüft, die wissen mußten, was wir unter Krankheit verstehen und wie psychiatrische Krankheitsverläufe aussehen. Daß es jetzt einen Fachpsychologen für Verhaltenstherapie und für Gesprächstherapie und auch für analytische Psychotherapie geben wird, aber keinen Facharzt für Psychotherapie und psychoanalytische Medizin, ist eine Frage an die Medizin im Ganzen, was sie mit der Psychotherapie macht. Zu den Forderungen nach einem Facharzt für Verhaltenstherapie wäre zu bemerken, daß erstens die Zahl der Ärzte in diesem Bereich sehr gering ist, und daß es zweitens Methoden sind, die ganz überwiegend von Psychologen angewendet werden.

Ich finde die Situation, die Herr Middelhoff schilderte, sehr interessant, daß nämlich ein mehrjährig ausgebildeter Psychoanalytiker in einem Krankenhaus nicht angestellt werden kann, weil er keinen Facharztstitel hat. Ich frage Sie, ob das, was die Psychoanalytiker seit vielen Jahren an Aus- und Weiterbildung realisieren, systematisch an Selbsterfahrungen in Theorie und Praxis, nicht ein Modell für eine psychiatrische Weiterbildung sein könnte, die doch sehr viel weniger geordnet vorgeht.

Ich fände es sehr wünschenswert, wenn im Rahmen einer fachärztlichen Ganztagsweiterbildung dieser unschöne kapitalistische Hauch von der Psychoanalyse genommen würde. Es ist für mich eine der großen Neuerfahrungen, daß Patienten ohne persönliches Opfer behandelt werden können, was ich vor 25 Jahren auch noch nicht für möglich gehalten habe. Wenn wir dieses Odium des persönlichen Opfers auch von der Ausbildung nehmen könnten, würde ich das sehr begrüßen.

## Problem der Organisation der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

*E.Strömghren*

In den meisten Ländern wird in diesen Jahren eine Neuorganisation der Psychiatrie geplant. Dabei ist man selbstverständlich sehr daran interessiert zu studieren, wie die Lage der Psychiatrie in anderen Ländern ist und ausfindig zu machen, was Gutes von anderen Ländern übertragbar ist. Bei genauem Studium stellt sich aber dann gewöhnlich heraus, daß es sehr schwierig ist, Vergleiche zu machen. Die sozialen, ökonomischen und administrativen Strukturen sind so verschieden, auch unter benachbarten Ländern, daß vieles, was in einem Lande selbstverständlich ist, in dem Nachbarland gar nicht existieren könnte. Wenn ich heute die Aufgabe habe, eine Bewertung des Berichtes über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland zu versuchen, ist mir deshalb ganz klar, daß ich als Ausländer dafür eine sehr begrenzte Kompetenz haben.

Andererseits steht doch fest, daß mit Rücksicht auf Häufigkeit und Gestaltung der psychischen Abnormitäten sehr große Ähnlichkeiten zwischen den europäischen Ländern bestehen, und daß somit gewisse Grundprinzipien für die Versorgung der Bevölkerung in dieser Hinsicht dieselben sein müssen.

Auch in Dänemark hat man sich in den letzten Jahren eingehend mit der Planung der psychiatrischen Versorgung beschäftigt. Das Innenministerium hat vor 3 Jahren eine Kommission gegründet, die Ratschläge für die Planung der Psychiatrie geben sollte. Für die Arbeit dieser Kommission war der deutsche Bericht von großer Bedeutung, ist doch dieser Bericht der bei weitem umfassendste und gründlichste dieser Art, der zur Zeit existiert. Von spezieller Bedeutung ist dabei die sehr gründliche und aufschlußreiche Beschreibung der Situation der Psychiatrie auch in anderen Ländern.

Zunächst möchte ich ganz kurz darüber berichten, wie die Situation der Psychiatrie in Dänemark zur Zeit ist, und welche Fortschritte die Planungsarbeit gemacht hat, seitdem ich im Jahre 1974 Gelegenheit hatte, darüber für den deutschen Bericht Auskunft zu geben.

Geschichtlich war das Jahr 1952 ein Wendepunkt für die dänische Psychiatrie. Bis zu diesem Zeitpunkt waren die Politiker darauf eingestellt, die Psychiatrie in wenigen großen psychiatrischen Krankenhäusern zu konzentrieren. Es war aber immer mehr offenbar geworden, daß dieser Zustand nicht befriedigen konnte. Im Jahre 1952 wurde eine ministerielle Kommission (damals hatte der

Staat die Verantwortung für die psychisch Kranken) gegründet, die im Laufe von 4 Jahren einen Bericht erarbeitete, der für die Entwicklung der Psychiatrie in den nächsten Jahrzehnten entscheidend wurde, und eigentlich immer noch ist. Hauptprinzip dieses Berichtes war, daß die bis zu diesem Zeitpunkt ziemlich isolierte Psychiatrie dem allgemeinen Krankenhauswesen angegliedert werden sollte. Neue psychiatrische Institutionen sollten immer als Nachbarn oder Teile von allgemeinen Krankenhäusern gebaut werden, und zwar sollten diese neuen psychiatrischen Krankenhäuser „komplette Einheiten“ sein in dem Sinne, daß sie groß genug sein sollten, um alle Arten von psychiatrischen Untersuchungen und Behandlungen durchführen zu können. Das würde eine Größenordnung von 300 Betten bedeuten, wobei vorausgesehen wurde, daß die Mehrzahl der Kranken ambulant betreut werden sollten. Dadurch sollten die Voraussetzungen für eine wirkliche Gemeindepsychiatrie geschaffen werden. Nur in Fällen, wo es unmöglich war, eine komplette psychiatrische Einheit einem allgemeinen Krankenhaus anzugliedern, sollte man sich mit kleineren Abteilungen begnügen, die aber dann in intimer Zusammenarbeit mit dem nächstliegenden psychiatrischen Krankenhaus funktionieren sollten. Es stellte sich heraus, daß es in allen Kreisen Dänemarks möglich war, für eine komplette psychiatrische Einheit Platz genug zu schaffen in der Nähe der existierenden allgemeinen Krankenhäusern.

Leider wurde dieser „Generalplan“ nur in beschränktem Maße verwirklicht. Eine ökonomische Krise hat die Entwicklung verlangsamt, und dazu kam noch, daß die lokalen Behörden nicht immer warten wollten, bis ein psychiatrisches Krankenhaus gebaut werden konnte und deshalb kleine psychiatrische Abteilungen gründeten. Auch unter den Psychiatern waren diese kleinen Kliniken populär. In solchen Kliniken konnte man sich diejenigen Aufgaben aussuchen, die man auf sich nehmen wollte, während die übrigen Aufgaben dem psychiatrischen Krankenhaus auferlegt werden konnten. Besonders wurde die Situation dadurch erschwert, daß der Staat die Verantwortung für die psychiatrischen Krankenhäuser hatte, während die Kreise und Gemeinden für die allgemeinen Krankenhäuser mit deren psychiatrischen Kliniken zuständig waren. Dieser Zwiespalt machte eine rationelle Planung der Entwicklung unmöglich.

Dabei muß nachdrücklich hervorgehoben werden, daß in den Fällen, wo die von der Kommission empfohlenen Krankenhäuser mittlerer Größe errichtet wurden, sie sich als eine ausgezeichnete Lösung darstellten. Das erste Beispiel war das psychiatrische Krankenhaus in Glostrup bei Kopenhagen, das als Nachbar eines neuen allgemeinen Krankenhauses gebaut wurde. Diese Kombination schien wirklich ganz ideal zu sein und hat in hervorragender Weise funktioniert. Auch die ganz kleinen psychiatrischen Kliniken haben selbstverständlich eine nützliche Arbeit ausgeführt. Es hat sich aber herausgestellt, daß sie die psychiatrischen Krankenhäuser in keiner Weise entlasten. Sie ha-

ben sich größtenteils der Aufgaben angenommen, die früher den internistischen Abteilungen zugefallen waren. Niemand denkt mehr daran, solche kleinen Kliniken zu errichten.

Die Dezentralisierungsbestrebungen, die unter den Politikern im Laufe der sechziger Jahre zunehmend populär wurden, führten im Jahre 1968 dazu, daß die damalige Regierung prinzipiell beschloß, daß die staatlichen psychiatrischen Krankenhäuser den Kreisen überlassen werden sollten. Leider blieb dieser Beschluß lange ineffektiv. Erst im Jahre 1976 wurden die Krankenhäuser schließlich den Kreisen übergeben, und inzwischen war alle Entwicklung in der Psychiatrie ins Stocken geraten. In dieser Situation fühlte sich die Dänische Psychiatrische Gesellschaft gezwungen, die Planungsarbeit zu übernehmen. Das Ergebnis war ein großer Bericht vom Jahre 1970, ein Bericht, dessen Inhalt in den meisten Beziehungen auch für die Entwicklung der letzten Jahre maßgebend gewesen ist.

Dieser Bericht besagt unter anderem, daß die kleinste psychiatrische Krankenhauseinheit, die einigermaßen zweckmäßig und komplett funktionieren kann, mindestens 60 Betten haben muß, sowie Plätze für Tagespatienten und außerdem eine Möglichkeit für Entlassung der Pflegefälle in spezielle psychiatrische Pflegeheime. Als Bestes wird es angesehen, wenn 3 oder 4 solche Einheiten zusammenarbeiten können, jedoch so, daß jede Einheit ihre eigene Bevölkerungsgruppe bedient.

Die in dem Bericht der Dänischen Psychiatrischen Gesellschaft enthaltenen Grundprinzipien wurden im großen und ganzen auch von der eingangs erwähnten innenministeriellen Kommission übernommen, die im Jahre 1975 gegründet wurde. Der Anlaß zur Gründung dieser Kommission war der folgende: Es war im Jahre 1975 schließlich gesetzlich festgesetzt worden, daß die staatlichen psychiatrischen Krankenhäuser am 1. April 1976 den Kreisen übergeben werden sollten. Dadurch würden für manche Kreise große Probleme entstehen. Die existierenden staatlichen Krankenhäuser waren nämlich über Dänemark sehr uneinheitlich verstreut. Einige Kreise hatten innerhalb ihrer Grenzen neuerrichtete, gute psychiatrische Krankenhäuser, andere hatten alte und zu große psychiatrische Krankenhäuser, andere wieder hatten überhaupt keine psychiatrischen Institutionen und waren auf dem Gebiete der Psychiatrie vollkommen ohne Erfahrungen. In dieser Situation schien es notwendig, daß eine sachverständige Kommission die wichtigsten allgemeinen Richtlinien für psychiatrische Organisation angeben und außerdem konkrete Vorschläge für die Planung der Psychiatrie in den einzelnen Kreisen machen sollte. Ein umfassender Bericht dieser Kommission erschien zwar erst im Sommer 1977, also mehr als ein Jahr nachdem die Kreise die Psychiatrie übernommen hatten. Es kann nicht verwundern, daß in dieser Zwischenzeit die meisten Kreise auf

dem Gebiete der Psychiatrie etwas zögernd vorgingen. Eine Schwierigkeit war es auch, daß die ministerielle Kommission vorsichtig vorgehen mußte; man wollte nicht den Eindruck erwecken, daß man den Kreisen ganz bestimmte Muster für die Organisation zumuten wollte.

Um die Initiative den Kreisen im großen und ganzen zu überlassen, hat die Kommission dann im Frühling 1977 einige allgemein gehaltene Richtlinien für die Organisation der Psychiatrie den Kreisen zugeschickt und zugleich diesen Kreisen die Aufgabe auferlegt, daß sie im Laufe von einem Jahre einen vorläufigen Plan für die Entwicklung der Psychiatrie innerhalb des Kreises ausarbeiten sollten. Das war zweifellos eine gute Idee. In dem inzwischen verlaufenen Jahr haben sich die Kreise sehr energisch mit der Psychiatrieplanung befaßt. Die Pläne werden jetzt dem Ministerium zugeschickt, wo sie durchmustert werden und später dann wieder den Kreisen mit kritischen Bemerkungen und Ratschlägen zurückgeschickt werden sollen.

Als allgemeines Prinzip hat gegolten, daß die psychiatrischen Krankenhausabteilungen immer, wo möglich, den allgemeinen Krankenhäusern angegliedert werden sollen, daß der Großteil der psychiatrischen Arbeit ambulant betrieben werden soll, daß mit den sozialen Behörden und den praktischen Ärzten intimer Kontakt angestrebt werden soll, und daß überhaupt Gemeindepsychiatrie im Rahmen einer Sektorisierung betrieben werden soll. Die großen existierenden Krankenhäuser müssen somit funktionell aufgeteilt werden in kleinere Einheiten, die jeweils ihr geographisches Gebiet betreuen sollen.

Die Frage hat sich immer wieder erhoben: Wie viele psychiatrische Betten sind notwendig? Diese Frage ist selbstverständlich für diejenigen Kreise von besonderer Bedeutung, die bis jetzt überhaupt keine psychiatrischen Betten haben. Diese Frage zu beantworten, hat sich die Kommission geträubt. Es ist überhaupt in Dänemark sehr unpopulär, bestimmte Ziffern anzugeben. Es hat ferner bisweilen den Anschein, als ob man sich auf diesem Gebiete einem Wunschdenken ergeben möchte, das darauf hinausläuft, daß psychiatrische Betten beinahe überflüssig wären. Man hat den festen Glauben, daß die Betreuung der Kranken immer billiger ist, wenn sich die Kranken in vertikaler Lage anstatt in horizontaler Lage befinden. Das ist leider eine Illusion, die aber für die Entwicklung der Psychiatrie sicher für eine lange Zeit maßgebend sein wird.

Ein sehr realistischer Grund zur Vorsicht bei der Empfehlung von bestimmten Bettenziffern pro Bevölkerungseinheit besteht jedoch darin, daß der Bedarf in verschiedenen Bevölkerungsgruppen sicher sehr verschieden ist. In Dänemark hat man zur Zeit etwa 2 psychiatrische Betten pro 1.000 Einwohner. Das wäre dann scheinbar eine vernünftige Richtziffer. Zweifel entstehen einem

aber, wenn man konstatiert, wie verschieden sich die einzelnen Kreise in dieser Beziehung verhalten. In der Stadt Kopenhagen, die auch selbständiger Kreis ist, hat man 7 Betten pro 1.000 Einwohner, und am anderen Ende der Skala hat man den Kreis Ringkøbing, wo der Bedarf der Bevölkerung für psychiatrische Betten scheinbar nur 1,3 pro 1.000 ist. In dieser Situation ist es selbstverständlich auch für eine sachverständige Kommission unmöglich, bestimmte, allgemeingültige Ziffern zu empfehlen.

Die erwähnten Verschiedenheiten sind nun andererseits sicherlich nicht Ausdruck von Verschiedenheiten in der psychiatrischen Morbidität. Genaue Untersuchungen in gewissen Kreisen hatten als Ergebnis, daß die Häufigkeit psychischer Krankheiten überall ungefähr dieselbe ist. Die Unterschiede bestehen lediglich darin, in welchen Institutionen sich die psychiatrischen Pflegefälle befinden. In einigen Kreisen sind sie vorzugsweise in Krankenhäusern, in anderen vorzugsweise in Pflegeheimen. Die eigentliche Frage ist dann diese : Wo werden sie am besten behandelt?

Es muß leider festgestellt werden, daß die Entscheidung, in welcher Institution ein psychisch Kranker Aufenthalt erhält, nicht vorzugsweise von dem persönlichen Bedarf des betreffenden Kranken abhängt. In vielen Fällen sind ökonomische und administrative Regelungen verantwortlich. Zum Beispiel ist es in Dänemark so, daß die Kosten der Krankenhäuser von den Kreisen getragen werden, die Kosten der Pflegeheime von den Gemeinden, wobei die Gemeinden immer am stärksten sind. Wenn sie für einen psychisch Kranken nicht bezahlen wollen, verweigern sie ihm Aufnahme in ein Pflegeheim. Dann muß er im Krankenhaus bleiben, obwohl für ihn keine Krankenhausbehandlung mehr nötig ist. Solche Mißstände sind in den letzten Jahren immer deutlicher geworden, und die Notwendigkeit einer in ökonomischer und administrativer Hinsicht einheitlichen Betreuung der psychisch Kranken wird immer deutlicher gefühlt. Es wird aber sicher lange dauern, bis die notwendigen gesetzlichen Änderungen geschaffen werden können. Es gibt auf diesem Gebiete eine ungeheure Trägheit.

Dabei muß aber zugegeben werden, daß in einem kleinen Lande wie Dänemark, mit einer homogenen Bevölkerung und einer einheitlichen Gesetzgebung, Schwierigkeiten wie die geschilderten sicher geringer sind als in vielen anderen Ländern. Daß sie geringer sind als in der Bundesrepublik Deutschland, bezeugt der Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik zu Genüge. Viele der Vorschläge dieses Berichtes haben ja auch in erster Linie den Zweck, solche administrativen Hindernisse zu beseitigen. Für den ausländischen Zuschauer ist es ganz offenbar, daß Realisierung der Vorschläge des Berichtes zur Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter gerade in diesen Beziehungen eine entscheidende Verbesserung der Situation bedeuten würde.

Nun zu den Einzelheiten der Empfehlungen:

Den Grundsätzen und Leitlinien muß man im großen und ganzen zustimmen. Wichtig sind die Prinzipien der gemeindenahen Versorgung, der Berücksichtigung aller psychisch Kranken, des Aufbaus von ambulanten Diensten und von halbstationären Diensten.

Sehr begrüßenswert ist auch die klare Hervorhebung der Notwendigkeit der Trennung der Versorgung für psychisch Kranke und geistig Behinderte. Eine solche Trennung gibt es in Dänemark schon seit mehr als 100 Jahren, was für beide Versorgungszweige segensreich gewesen ist. Bei Besuchen in deutschen psychiatrischen Krankenhäusern haben sich dänische Psychiater immer gewundert über das Vorhandensein eines großen Prozentsatzes von Oligophrenen. Eine solche Mischung muß unbedingt vermieden werden.

Wichtig ist die Hervorhebung der Notwendigkeit der Umstrukturierung der großen psychiatrischen Krankenhäuser. Glücklicherweise wird eine Modernisierung auch eine Verminderung der Bettenzahlen mit sich führen. Wenn ein Krankenhaus trotzdem immer noch zu groß ist, muß eine Sektorisierung durchgeführt werden, mit Aufteilung des Einzugsgebietes in mehrere kleinere Einheiten, denen bestimmte Teile des Krankenhauses zugemessen werden.

Es ist zweifellos richtig und wichtig daß hervorgehoben wird, daß im großen und ganzen alle neuen psychiatrischen Krankenhäuser den allgemeinen Krankenhäusern angegliedert werden müssen. Die Größe, nämlich 5-600 Betten, ist prinzipiell vielleicht reichlich groß, an vielen Orten doch wohl praktisch notwendig und sicher auch erträglich, wenn sektorisierungsgemäß organisiert wird.

Die starke Hervorhebung von Ausdehnungen der ambulanten Dienste ist zu begrüßen. Wichtig ist der Gesichtspunkt, daß auch die psychiatrischen Krankenhäuser ausgedehnte ambulante Dienste haben müssen. In erster Linie kommt dabei die Nachsorge in Frage. Der Aufenthalt im psychiatrischen Krankenhaus kann wesentlich gekürzt werden, wenn eine effektive Nachsorge realisiert wird. In Dänemark spielen dabei die psychiatrischen Krankenschwestern eine besonders wichtige Rolle. Diese Krankenschwestern sorgen dafür, daß die ambulante Behandlung wirklich durchgeführt wird. Wenn die Kranken es versäumen, die Ambulanz regelmäßig aufzusuchen, werden sie von den Krankenschwestern besucht und zur Fortsetzung der Behandlung bewogen. Eine andere wichtige Funktion dieser Krankenschwestern ist zu erwähnen: Wenn für einen psychisch Kranken Aufnahme in ein Krankenhaus gesucht wird, lohnt es sich, einen Hausbesuch bei dem Kranken zu machen. In vielen Fällen

stellt es sich heraus, daß eine Aufnahme nicht dringend notwendig ist. Die Behandlung kann vielleicht ambulant durchgeführt werden oder der Kranke kann in die Tagesklinik aufgenommen werden. Ob eine Aufnahme notwendig ist, kann in vielen Fällen von diesen erfahrenen psychiatrischen Krankenschwestern viel besser beurteilt werden als von den meisten praktischen Ärzten.

Für diese psychiatrischen Krankenschwestern, die im Krankenhaus angestellt sind, aber größtenteils in der Gemeinde arbeiten, haben wir in Dänemark bis jetzt noch keine systematische Ausbildung. Wir haben sie einfach so ausgewählt, daß sie für eben diese Arbeit besonders geeignet sein sollten. Nun haben sie zwar während ihrer Arbeit sehr viel Neues gelernt, denn sie arbeiten mit Sozialarbeitern und Psychologen zusammen und nicht nur, wie sonst üblich, mit Ärzten. Während dieser intimen Zusammenarbeit haben sie sich viele der Fertigkeiten angeeignet, die den anderen Berufen zukommen. Ich glaube, das wird auch in der Zukunft einen Hauptteil ihrer Fortbildung ausmachen müssen.

Von ganz fundamentaler Wichtigkeit ist die These der Sachverständigenkommission, daß psychiatrische Abteilungen und Krankenhäuser so dimensioniert und strukturiert sein müssen und mit den diagnostischen, therapeutischen, betreuenden und beratenden Diensten des ihnen zugeordneten Standardversorgungsgebietes so kooperieren müssen, daß ein Auseinanderfallen der Versorgung in einen Akut- und Chronisch-Kranken-Sektor zum Nachteil beider Patientenkategorien vermieden wird. Die psychiatrischen Zentren sollen in der Lage sein, alle Arten von psychiatrischen Aufgaben in ihrem Aufnahmegebiet zu bewältigen, sei es nun stationär oder ambulant. Es ist notwendig, daß auch einige natürliche Teilberichte gebildet werden können, die eine gewisse Selbständigkeit erreicht haben: die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Gerontopsychiatrie, die Suchtpsychiatrie und die Kriminalpsychiatrie. Ob außerdem in Verbindung mit den psychiatrischen Behandlungszentren neurologische Bettenabteilungen nötig sind, kann diskutiert werden. Die neurologische Kompetenz wird wohl auch ohne eine solche stationäre Abteilung zur Verfügung stehen.

Die Kommission empfiehlt nachdrücklich die vermehrte Errichtung von stationären psychotherapeutisch-psychosomatischen Einrichtungen. Ich habe starke Zweifel, ob das wirklich ein gutes Prinzip ist. Eben weil die allgemeinen psychiatrischen Zentren über alle Arten von psychiatrischer Sachverständigkeit verfügen müssen, scheint es nicht einleuchtend, daß außerdem besondere psychotherapeutisch-psychosomatische Krankenhäuser errichtet werden müssen. Die Kommission sagt sehr richtig, daß der Schwerpunkt der psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung im ambulanten Bereich liegt. Tatsächlich sollen diese neurotischen Kranken wohl nur im Notfall überhaupt

stationär behandelt werden, und das kann sicherlich im Rahmen einer gewöhnlichen psychiatrischen Abteilung stattfinden.

In Dänemark hat man reichlich Erfahrungen mit den sogenannten Neurosen-sanatorien, die wohl ungefähr dieselben Aufgaben haben sollten wie die vorgeschlagenen psychotherapeutisch-psychosomatischen Einrichtungen. Es ist ein Mißverständnis zu glauben, daß eine Psychotherapie gewöhnlich innerhalb weniger Wochen durchgeführt werden kann. Im allgemeinen soll sich ja eine effektive Psychotherapie über viele Monate erstrecken, und eine so lange dauernde stationäre Behandlung eines Neurotikers ist widersinnig und wirkt der Rehabilitation entgegen. In Dänemark hat es sich herausgestellt, daß in den Nervensanatorien eine beträchtliche Anzahl von leichten Psychosen, besonders Depressionen, behandelt werden. Von den Ärzten dieser Sanatorien wird offen zugestanden, daß man froh ist, daß eine gewisse Anzahl von endogenen Depressionen dort aufgenommen werden. Eben weil diese Kranken so schnell und so gut auf die Behandlung ansprechen, sind sie ein erfrischendes Beispiel für die Neurotiker, bei denen die direkten Behandlungserfolge oft nur schwer sichtbar sind. Summa summarum: Diese Sanatorien funktionieren gut, aber nicht in dem Sinne, in dem sie gegründet wurden.

Dem, was in dem Bericht über das therapeutische Milieu in psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen gesagt wird, kann man nur zustimmen. Auf diesem Gebiet ist wohl zur Zeit in allen Ländern sehr vieles nachzuholen. Die Kranken müssen einen eigenen Bereich für das persönliche Eigentum haben, und die große Mehrzahl der Stationen müssen offen sein.

Die Mischung der Geschlechter wird in den meisten Ländern auch energisch versucht, so auch in Dänemark. Das geht nicht immer ganz ohne Schwierigkeiten. Es ist leicht, wenn man ein neues Krankenhaus gründet, dort mit gemischten Stationen anzufangen. Viel schwieriger ist es bisweilen, ein altes traditionsgebundenes Krankenhaus in diesem Sinne umzubilden. Nicht nur die Kranken sollen dann gemischt werden, sondern umfangreiche Umgruppierungen von Personal werden notwendig, und das gibt Schwierigkeiten; nicht weil die betreffenden Angestellten besonders seßhaft sind, aber weil sie oft in ihren alten Stationen eine sehr gute Zusammenarbeit geschaffen haben und es deshalb als widersinnig empfinden, ein solches Arbeitsteam, das gut funktioniert, aufzulösen. Mit der Zeit gelingt es dann aber gewöhnlich.

Wie in dem Bericht hervorgehoben ist, soll der Tagesablauf durch ein reichhaltiges Angebot von allen möglichen Veranstaltungen gekennzeichnet sein. Auf diesem Gebiete besteht die Gefahr eines Zuviels, besonders wenn man daran denkt, daß die Zeit im Krankenhaus doch auch als eine Vorbereitung auf das Alltagsleben außerhalb des Krankenhauses dienen soll. In modern geführten

Krankenhäusern haben wir bisweilen das Gefühl, daß einige der Kranken dieses reichhaltige Angebot dermaßen genießen, daß sie sich allmählich weniger für die Rehabilitation zum Alltagsleben interessieren. Es ist nicht zu verleugnen, daß für gewisse jüngere Kranke die Gefahr einer Desozialisierung besteht.

Die Förderung von halbstationären Diensten muß eine hohe Priorität haben. Alle Krankenhausabteilungen und psychiatrische Krankenhäuser müssen Tageskliniken und Nachtkliniken haben. Dadurch wird für viele Kranke ein gleitender Übergang vom stationären Aufenthalt zum selbständigen Leben bereitet. Außerdem werden viele Aufnahmen in stationäre Behandlung überflüssig, wenn die Möglichkeit der Behandlung in einer Tagesklinik oder Nachtklinik besteht.

Ebenso wichtig sind die komplementären Dienste, mit Übergangsheimen, Wohnheimen, beschützenden Wohnungen u.s.w. Solche Einrichtungen können ohne besonders große Kosten errichtet werden. Die Schwierigkeiten, die auf diesem Gebiete entstehen, sind öfters von administrativer Natur : Wer soll bezahlen und wer soll entscheiden, welche Kranken solche komplementären Dienste benutzen sollen und wann es geschehen kann? Es wäre von sehr großem Vorteil, wenn die Verbindung zwischen diesen verschiedenen Einrichtungen und den Krankenhäusern so flexibel wie möglich sein könnte. Denn nur, wenn die richtigen Möglichkeiten zur rechten Zeit vorhanden sind, sind sie von wirklich großem Nutzen. Deshalb darf die Grenze zwischen den Bereichen der Sozialbehörden und denjenigen der Gesundheitsbehörden nie zu scharf sein.

Die Ziffern, die in dem Bericht angegeben werden für den Bedarf an Plätzen in diesen Einrichtungen, sowie in den Werkstätten für Behinderte und in den beschützenden Arbeitsveranstaltungen, scheinen durchaus realistisch zu sein.

In Bezug auf die übrigen ambulanten Dienste, die den psychisch gestörten Menschen zur Verfügung stehen, ist folgendes zu sagen: Die niedergelassenen Nervenärzte werden in diesem Zusammenhang immer eine große Rolle spielen. Aber welche Rolle? Die Kommission hebt mit Recht hervor, daß sich die Nervenärzte in sehr ungleichmäßiger Weise verteilen, und daß eigentlich nur die größeren Städte in dieser Hinsicht einigermaßen gut versorgt werden. Dazu kommt noch, daß die Nervenärzte unter sich sehr verschieden sind; Einige arbeiten überwiegend psychotherapeutisch, andere gebrauchen vorzugsweise somatische Methoden. Wenn man die Nervenärzte irgendwie geographisch gleichmäßig verteilen würde, bliebe immer noch das Problem, daß für die eine Bevölkerungsgruppe ein psychotherapeutisch interessierter Nervenarzt zur Verfügung stehen würde, für eine andere ein mehr biologisch orientierter. Dazu kommt noch, daß die Nervenärzte im allgemeinen

ziemlich isoliert arbeiten und nicht mit Psychologen und Sozialarbeitern zusammen. Zusammenfassend kann man wohl sagen, daß, obwohl die Existenz von niedergelassenen Nervenärzten von sehr großer Bedeutung ist, immer ein Bedarf vorhanden sein wird für ambulante Arbeit der Institutionen, wo allerlei Kompetenz vorhanden ist, sowohl in psychiatrischer wie in psychologischer, sozialtherapeutischer, arbeitstherapeutischer Hinsicht u.s.w. Eine gute Lösung wäre es sicher, wenn gelegentlich niedergelassene Nervenärzte Teilanstellungen innerhalb solcher Institutionen hätten.

Ein wichtiges Kapitel ist meines Erachtens in dem Bericht vielleicht nicht genügend stark hervorgehoben worden, nämlich die Bedeutung der praktischen Ärzte für die Psychiatrie. Tatsächlich ist es ja wohl so, daß ein sehr großer Teil der psychiatrischen Probleme in der Bevölkerung von den praktischen Familienärzten gehandhabt wird. Es ist ja ganz undenkbar, daß die Fachärzte alle diese Aufgaben bewältigen könnten. Schade ist es dann, daß die meisten praktischen Ärzte das Gefühl haben, daß sie für diesen großen Teil ihrer Arbeit nicht kompetent sind, nicht die genügende Ausbildung haben. Das ist um so schlimmer, als es keine Aussicht gibt, daß die Psychiater und ihre Helfer in absehbarer Zeit den Großteil dieser Arbeit auf sich nehmen können werden. Die einzige Möglichkeit ist deshalb, daß man daran arbeitet, daß die praktischen Ärzte besser ausgebildet werden und für die Aufgabe kompetenter werden. Wie kann diese Ausbildung durchgeführt werden? Ein theoretischer Unterricht ist von wenig Nutzen. Praktische Psychiatrie kann am besten in praktischer Arbeit mit psychiatrischen Patienten gelernt werden. Es würde sich also um eine sachverständige Supervision dieser Arbeit handeln. Das kann nur dadurch verwirklicht werden, daß jeder Allgemeinpraktiker Kontakt mit einem Psychiater hat, mit dem er sich beraten kann und unter dessen Aufsicht er gewisse Psychotherapien durchführt. Man könnte sich denken, daß jedem Allgemeinpraktiker ein Psychiater zur Verfügung stünde, der zum Beispiel alle 2-4 Wochen mit ihm einen halben Tag zusammen verbringen könnte. Der Praktiker sollte dann berichten über die psychiatrischen Fälle, die er inzwischen gesehen hat, und der Psychiater sollte kritisieren und ratgeben. Besonders praktisch würde es sicher sein, wenn bei diesen Gelegenheiten, wo der Psychiater zur Verfügung steht, mehrere praktische Ärzte gleichzeitig davon Nutzen haben könnten. Wo mehrere praktische Ärzte zusammenarbeiten, wäre das ein selbstverständlicher Vorgang.

Die Zeit erlaubt mir nicht, auf alle Dienste für besondere Gruppen einzugehen. Nur möchte ich hervorheben, daß für jedes Standardversorgungsgebiet selbstverständlich alle Arten von kinderpsychiatrischer Kompetenz zur Verfügung stehen müssen.

Die Gerontopsychiatrie kann in verschiedener Weise organisiert werden. Es ist sicher eine gute Idee, wie von der Kommission hervorgehoben, daß man ei-

ne sogenannte „Assessment-unit“ einrichtet, aber bei weitem am besten als Teil einer größeren Einheit, die über das ganze therapeutische Register verfügt. Viele verschiedene Möglichkeiten müssen den alten psychiatrischen Kranken zur Verfügung stehen. Wichtig ist aber dabei, daß in erster Linie Stabilität erhalten wird. Das größte Unglück für die Alten ist es, wenn sie zu oft die Umgebung wechseln müssen. Von ganz besonderer Wichtigkeit ist es auch, daß man immer wieder daran erinnert, daß es auch im hohen Lebensalter psychische Krankheiten gibt, die durchaus behandlungsbedürftig und heilbar sind. Immer noch sitzen in den Altersheimen allzu viele alte Menschen, die an endogenen Depressionen leiden und keine sachgemäße Behandlung dafür erhalten. Es ist deshalb ganz notwendig, daß alle Altersheime regelmäßig von einem Psychiater besucht werden, der die Möglichkeit hat, diese Alten sachgemäß zu behandeln, ohne daß sie aus ihrer Umgebung entfernt werden müssen.

Auf dem gerontopsychiatrischen Gebiet hat sich gemeindepsychiatrische Arbeit besonders bewährt. Die von unserem psychiatrischen Krankenhaus in Aarhus ausgehende gemeindepsychiatrische Arbeit hat als besonders erfreuliches Ergebnis, daß es möglich ist, viele Aufnahmen von psychisch gestörten Alten zu vermeiden und zwar mit ziemlich geringem Aufwand von Zeit und Kosten. Dabei handelt es sich nicht nur um die involutiven Krankheitsbilder, sondern auch um die häufigen paranoiden Erkrankungen im höheren Lebensalter. Bei diesen Kranken kann eine vorsichtige psychopharmakologische Behandlung in Verbindung mit einem bescheidenen Einsatz von unterstützender Psychotherapie sehr Nützliches leisten. Auch die alt gewordenen Schizophrenen können ohne Schwierigkeit in der Gemeinschaft leben, wenn ihnen eine solche psychiatrische Stütze zur Verfügung steht. In dieser Arbeit haben sich die psychiatrischen Gemeindekrankenschwestern besonders bewährt.

Schließlich ein paar Worte zur Frage der Aus-, Weiter- und Fortbildung: In sehr übersichtlicher Weise beschreibt die Kommission die Möglichkeiten, die auf diesem Gebiete vorliegen. Alle können sich voll darüber einigen, daß all diejenigen, die sich mit praktischer Psychiatrie befassen, eine bessere Ausbildung haben sollten. Die Frage ist dann: Was soll gelernt werden, und wieviel soll gelernt werden?

Praktische Psychiatrie ist ungeheuer schwer auszuüben. Die große Mehrzahl derjenigen, die in der Psychiatrie arbeiten, haben ein Insuffizienzgefühl, vieles gelingt ihnen nicht. Das liegt wohl größtenteils an der Schwierigkeit der Aufgabe. Der einzelne Mitarbeiter fühlt es aber auch so, als ob es in erster Linie ein Mangel an ihm selbst sei, daß nicht alles so geht, wie es gehen sollte. Der Wunsch nach Ausbildung ist deshalb bei den allermeisten sehr lebhaft. Dazu kommt noch, daß die lauten Angriffe, die in den letzten Jahren gegen die exi-

stierende Psychiatrie geführt werden, auch diejenigen, die innerhalb der Psychiatrie arbeiten, dazu veranlassen, zu fürchten, daß sie Falsches tun und daß das meiste von dem, was sie bisher gelernt haben, untauglich ist. Sie möchten deshalb gern etwas anderes lernen, aber was? Es gibt so viele Angebote, daß der einzelne verwirrt werden kann. In dieser Situation ist es außerordentlich wichtig, daß genau gesichtet wird, was wirklich nützlich ist für die Behandlung der Kranken, ich habe das Gefühl, daß auf diesem Gebiete eine gewisse Fahrlässigkeit besteht. Man darf auch nicht vergessen, daß die Zeit, die das Personal für Ausbildung braucht, doch letzten Endes den Patienten genommen wird. In Anbetracht der enormen Bedeutung, die der direkte Kontakt zwischen Patient und Therapeut und Pflegepersonal hat, ist es verantwortungsvoll zu entscheiden, was in denjenigen Teilen der Arbeitszeit des Personals stattfindet, die den Kranken nicht direkt zur Verfügung stehen. In Dänemark jedenfalls wurde m. E. in den letzten Jahren dem Patientenkontakt zu viel. Zeit abgenommen. Das Personal nimmt an so vielen Ausbildungsveranstaltungen, Konferenzen, Kongressen u.s.w. teil, daß der Patientenkontakt darunter zu viel leidet. Auch aus diesem Grunde glaube ich, ist es von fundamentaler Wichtigkeit, daß der Unterricht in erster Linie ein Unterricht am Krankenbett bleibt.

Zum Schluß einige Worte über die Forschung innerhalb der Psychiatrie:

Die Richtlinien, die von der Kommission empfohlen werden, sind außerordentlich begrüßenswert, und ihre Verwirklichung würde zweifellos einen entscheidenden Fortschritt bedeuten. Erstens ist es außerordentlich wichtig, daß auf allen Stufen und in allen Bereichen der Psychiatrie geforscht werden kann. Die Forschung darf nicht eine Aufgabe sein, die nur bestimmten Forschungsinstitutionen zugewiesen wird. Wichtig ist die Hervorhebung, daß nur diejenigen Mitarbeiter auf Zeit für einige Forschungstätigkeit Anspruch erheben können, die einen relevanten Forschungsplan vorlegen können. Ebenso wichtig ist es, daß, wenn solche relevanten Pläne vorliegen, auch ohne Verzögerung die nötigen Voraussetzungen für ihre Durchführung geschaffen werden können.

In dieser Zeit des Umbruchs der Versorgung der psychisch Kranken kann man wohl kaum oft genug hervorheben, daß auch die tägliche praktische Arbeit innerhalb der Psychiatrie ein hochwichtiges Objekt der Forschung ist. Die für die weitere Planung unbedingt nötigen Kenntnisse müssen durch fortlaufende Forschung erworben werden. Hier wird die Epidemiologie von besonderer Bedeutung, und zwar nicht nur die biologische Epidemiologie, die sich mit den Häufigkeiten der Krankheitszustände befaßt, sondern auch die Versorgungsepidemiologie, die sich mit den Reaktionen der Gesellschaft auf psychische Krankheiten befaßt. Besonders in einer Epoche, in der große und tiefgreifende Umstrukturierungen der praktischen Psychiatrie vorgehen, gibt es für die Gesellschaft eine Verpflichtung zu einer Forschung, die darauf hinausläuft, die Folgen der Umstrukturierungen fortwährend zu registrieren und zu evaluieren.

Schließlich möchte ich noch einmal hervorheben, daß das größte Hindernis für eine sachgemäße und humane Entwicklung der praktischen Psychiatrie darin besteht, daß die Verantwortung für die Betreuung der Kranken auf viele verschiedene Instanzen verteilt ist. Eine vernünftige Zusammenarbeit zwischen diesen Instanzen wird dann oft dadurch unmöglich, daß die Instanzen verschiedene ökonomische Interessen haben, die sie dazu bewegen, die eine oder die andere Versorgungsform vorzuziehen ohne Berücksichtigung, was für den Kranken am besten ist. Die richtigste Lösung kann nur verwirklicht werden, wenn man ein in ökonomischer Hinsicht neutrales System geschaffen hat, in dem Sinne, daß für die Unterbringung und Behandlung der Kranken nur eine Instanz die Verantwortung hat und daß diese Instanz kein ökonomisches Interesse daran hat, bestimmte Unterbringungen und Behandlungsmöglichkeiten anderen, mehr sachgemäßen Möglichkeiten vorzuziehen.

Das ist das Ideal, das uns vorschweben muß.

## Koreferat zum Vortrag von E. Strömgren:

*G. Bosch*

Herr Strömgren hat seine vorsichtig kritischen Fragen im Hinblick auf seine Erfahrungen in Dänemark gestellt. Ich meine gegen seine Bescheidenheit, daß dieses Vorgehen, aus der dänischen Erfahrung unsere Pläne zu beleuchten, trotz der so verschiedenen Größenverhältnisse durchaus legitim ist. Legitim vor allem deshalb, weil die Grundprinzipien unserer Enquete auch der Planung im kleinen Land Dänemark schon 1952 zugrunde lagen. In Dänemark ist schon sehr früh eine Dezentralisierung festgeschrieben worden, eine Sektorisierung nämlich, die auch größenordnungsmäßig durchaus unseren Standardversorgungsgebieten vergleichbar ist. Es findet sich in den dänischen Plänen ferner die mit der Sektorisierung einhergehende Verkleinerung der Behandlungseinheiten, die Eingliederung oder zumindest die Annäherung der Psychiatrie an die Allgemeinmedizin, schließlich die Trendverschiebung in Richtung Ambulanz, aus der sich auch in Dänemark die komplementären und teilstationären Dienste als Alternativen der stationären Behandlung ergeben.

Die von Herrn Strömgren angeschnittenen Vergleiche gestatten daher durchaus, einige kritische Fragen an unsere Empfehlungen zu knüpfen und dabei sogar über das vom Referenten bereits Formulierte hinauszugehen. Was bei uns bisher die eine Enquete ist, das waren in Dänemark die drei Pläne von 1952, 1970 und 1975. Ich glaube richtig verstanden zu haben, wenn ich einige Details der späteren Planungen als Korrekturversuche fehllaufender Entwicklungen begreife und aus solchen wird man, unter dem Blickwinkel unserer doch sehr verwandten Empfehlungen, sicher etwas lernen können. Ich darf das am Beispiel der stationären Versorgung deutlich machen.

Schon der Plan von 1972 sah als Richtgröße stationäre Einheiten von 300 Betten vor. Diese Größenordnung hat man im Prinzip als Empfehlung seither beibehalten. Es entstanden aber im Vorgriff der Kommunen auf das Ausscheiden des Staates als Krankenhausträger zu kleine Einheiten mit hochselektiertem Sonderklientel, welche die Großkrankenhäuser gar nicht entlasteten. Also legte man im Plan von 1970 eine Mindestgröße und einige Kriterien fest. Man hat erlebt, daß die alten Großkrankenhäuser trotz der Planungen und Neugründungen nicht verschwanden. Sie haben auch in Dänemark überwiegend Größenordnungen von 800-1000 Betten. Im Plan von 1975 wurde nun in einer für uns überraschenden Direktheit die Forderung erhoben, solche Großkrankenhäuser in Teilbereiche mit je einem eigenen \*zu versorgenden Sektor aufzuteilen. Wenn man diese doch recht radikale Forderung mit unserem Enquetetext vergleicht, so fällt auf, daß ein solcher Vorschlag sich zwar auch hier finden läßt, aber nur sehr vorsichtig formuliert ist: „Unter Umständen“, heißt es da,

sei eventuell auch „an eine solche Lösung zu denken“. Die Umstände scheinen in der Bundesrepublik offenbar andere zu sein als in Dänemark und ich möchte Herrn Strömgen einmal gerne fragen, was in Dänemark passiert, wenn etwa ein amtierender Anstaltsdirektor durch eine solche Teilung sozusagen drei - oder viergeteilt wird. Das würde hierzulande in der Tat Komplikationen geben - es gibt sie ja im Ansatz bereits.

Die Richtzahlen unserer Vorschläge für die größeren psychiatrischen Behandlungszentren, 500-600 Betten, findet Herr Strömgen zu hoch. Ich denke, nicht ganz zu Unrecht und darf daran erinnern, das diese Zahl damals als Kompromißgröße entstand, um die unrealistisch scheinende Kluft zwischen dem Ist-Zustand mit den riesigen Bettenzahlen in den heutigen psychiatrischen Krankenhäusern und utopisch wirkenden kleinen Idealzahlen zu überbrücken. Umgekehrt scheint Strömgen unsere Richtzahl für die psychiatrischen Abteilungen an Krankenhäusern mit 200 Plätzen und Betten für richtig zu halten, obwohl die dänischen Planungen schon 1970 eine viel kleinere Mindestgröße, nämlich nur 60 Betten, festgelegt haben. Allerdings in der Vorstellung, daß mehrere solcher psychiatrischen „Atome“, solcher Kleinstversorgungseinrichtungen mit Kleinversorgungsbetrieben, aus Zweckmäßigkeitsgründen unter einem Dach zusammengelegt werden. Zu diesen 60 Betten sollen immer 15 Tagesklinikplätze und zumindest 20 zur Verfügung stehende Heimbetten gehören. Diese Relation ist aus unserem Blickwinkel doch recht interessant. Sehr interessant finde ich ferner, daß man von diesen Kleinsteinheiten außerdem erwartet, daß die ambulante und extramurale mobile Versorgung mitübernehmen, wofür „die Hälfte der Arbeitszeit der Mitarbeiter außerhalb des Hauses“ veranschlagt wird. Eine solche Manpower-Zeit-Angabe in einer Empfehlung ist überraschend. In der Enquete haben wir uns an keiner Stelle zu einer solchen Präzisierung vorgewagt. Aus der Forderung scheint ferner hervorzugehen, daß - im Gegensatz zu unseren Verhältnissen selbst nach der neuen gesetzlichen Regelung - auch von sehr kleinen psychiatrischen Einheiten in Dänemark ambulante Versorgung betrieben werden kann und darf.

Damit bin ich schon mitten in der Ambulanzfrage. Vergleicht man die genannten dänischen Forderungen mit unserem Enquetetext, so zeigt sich, daß nach diesem solche ambulanten Dienste an Institutionen zwar angeschlossen sind, innerhalb dieser Zentren aber eher, etwa wie Universitätspolikliniken, eine getrennte Einheit bilden sollen. Ich habe mich angesichts unserer seitherigen Erfahrung, daß diese Ambulanzen nicht so recht in Gang kommen, gefragt, ob man nicht damit beginnen könnte, diejenigen Therapeuten, die den Patienten stationär betreut haben, in die Nachsorge einzuschalten, ohne gleich ein poliklinisches Department zu konstruieren. Weiter interessant ist für uns die sehr starke Betonung der Vorschaltfunktionen ambulanter Dienste und die auch

hier im Vergleich zur Enquete wieder sehr starke Betonung aktiver Außenarbeit. Herr Strömngren nennt als Beispiel Hausbesuche zur Klärung, ob eine Aufnahme notwendig ist und hat die Rolle der Krankenschwester besonders herausgehoben, von der er meint daß sie eine solche Entscheidung sogar besser treffen könne als in der Regel der praktische Arzt.

In den Enqueteausführungen über das Vorfeld der Behandlung kann man eine ganze Reihe von Ausführungen über die Notwendigkeit einer besseren Kompetenz dieses praktischen Arztes nachlesen. Die praktische Realisierung solcher besseren Kompetenz soll allerdings im Rahmen der Mediziner Ausbildung, von Weiterbildungsgängen und von Fortbildungsmaßnahmen erreicht werden.

Es ist in unseren Vorschlägen eigentlich nichts Konkretes zu finden, was eine Ähnlichkeit mit einer spezifischen Supervision des praktischen Arztes oder einer Gruppe von praktischen Ärzten durch Fachkollegen nach dänischem Muster habe. Beim Vergleich eines solchen Vorschlags mit dem Enquetetext wird auch an dieser Steife deutlich, daß wir bei unseren Bildungsforderungen immer sehr an der Vorstellung klebten, sie ließen sich einfach durch Vermittlung besserer Kenntnisse erfüllen und weniger an den Erwerb von Fähigkeiten mit starkem primären Praxisbezug dachten. Nur bei den Weiterbildungsvorschlägen für die nichtärztlichen Mitarbeiter, etwa für die psychiatrischen Fachschwestern, wird dies etwas deutlicher berücksichtigt. Aber auch hier scheint der Praxisbezug im Vergleich zu Herrn Strömngrens Vorstellungen immer noch zu gering. Die in der Enquete empfohlenen Weiterbildungsgänge etwa für die Fachschwestern sind allerdings nicht Bestandteile einer Fortbildung, die etwa in der Dienstzeit stattfindet und von der Arbeit mit dem Patienten abgeht. Sie sind als in das Berufsleben zwischengeschaltete Zusatzausbildungen verstanden. Ich glaube aber, daß mit diesem Hinweis das eigentliche Problem nicht vom Tische ist. Denn diese Fachschwesternausbildungen werden zunächst sicher nur von wenigen durchlaufen werden. Für die anderen Schwestern und Pfleger bleibt die Frage, was man ihnen bieten und wie man ihnen dieses vermitteln kann. Sieht man als Ziel solcher kürzerer Bildungsgänge eine vermehrte Fähigkeit an, in der Realität mit dem Patienten besser umgehen zu können, so gibt es heute sicher andere und bessere Methoden, als einen Psychiatrieverschnitt im Sinne einer „Krankheitslehre“ zu präsentieren.

Zu den Bemerkungen von Herrn Strömngren zur dritten Versorgungssäule, dem teilstationären und komplementären Dienste: Herr Strömngren war mit unseren Heimbettenmeßziffern einverstanden und scheint anzunehmen, daß wir zahlenmäßige Vorstellungen auch für die halbstationären Dienste angegeben haben. Es ist vielleicht ein Fehler gewesen, daß wir dies nicht getan haben. Vielleicht ginge sonst die Entwicklung etwas weniger schleppend vor sich. Wir

sollten uns noch einmal daran erinnern, daß man in Dänemark als Selbstverständlichkeit voraussetzt, daß zu jeder psychiatrischen Behandlungseinheit, und sei sie noch so klein, ein sehr hoher Anteil an halbstationären Plätzen und Betten gehört. Aus einer früheren Arbeit von Herrn Strömgen, einer Stichtagserfassung von 1972, habe ich ein Verhältnis stationärer Betten zu Tagesklinikplätzen von 12 zu 1 errechnet. Das würde in der Bundesrepublik Zehntausende von Tagesklinikplätzen bedeuten. Man sieht, wie weit wir hier selbst in unseren Zielvorstellungen zurück liegen gegenüber dem, was in Dänemark zumindest teilweise schon Wirklichkeit ist. Wichtig scheint für uns ferner, daß man in Dänemark oft nicht mit Tageskliniken als eigenen Institutionen arbeitet, wie wir sie auch in der Enquete beschrieben haben, sondern mehr mit einem Tagesklinikstatus oder Nachtklinikstatus für geeignete Patienten innerhalb des Gesamtbereiches. Wir sollten die Enquete hier fortschreiben: Tagesklinische Behandlung ist ja nicht verbunden mit einem eigenen Areal, sie ist nicht gekoppelt an eine Teilinstitution Tagesklinik, sie kann ebensogut innerhalb der stationären Bereiche durchgeführt werden. Offenbar ist dies in Dänemark allerdings administrativ leichter machbar als bei uns.

Auf die administrativen Schwierigkeiten will ich im Einzelnen nicht eingehen. Auch in Dänemark sind, wie wir hörten, Schwierigkeiten vorhanden zwischen der jeweils verschiedenen Kompetenz der Gesundheitsverwaltung einerseits und der Sozialverwaltung andererseits. Was daraus entsteht, selbst bei institutionellen Vorhaben, das wissen wir alle. Auch das Beispiel der schwierigen Überführbarkeit von Patienten aus dem Krankenhausraum in Heime ist übertragbar. In Dänemark liegt die Schwierigkeit in der Tatsache, daß einmal der Staat zuständig ist, andererseits die Kommune. Bei uns ist es die Zuständigkeit einmal der Krankenkasse, dann des Sozialhilfeträgers, bei beruflicher Rehabilitation der Rentenversicherungsträger. Wir wissen alle, daß eine erträgliche und flexible Regelung dieser Dinge sehr im Argen liegt und daß wir hier dringend vorankommen müssen, wenn man nicht wünscht, daß Forderungen nach einer Einheitsversicherung anstelle unseres gegliederten Systems zunehmend in die Diskussion geraten.

Schließlich noch eine Bemerkung zu einer mehr marginal scheinenden Äußerung in den Ausführungen von Herrn Strömgen. Sie betraf den Stil, die Struktur des Milieus in unseren Einrichtungen und die therapeutischen Angebote. Herrn Strömgen hat unter Hinweis auf den einzigen und sehr kleinen Abschnitt, der sich zu diesem wichtigen Thema in der Enquete überhaupt finden läßt, auf die Gefahren eines Zuviel hingewiesen und auf die Möglichkeit der Desozialisierung anstelle einer Resozialisierung. Ich denke, daß wir auch hierzulande die Gefahr einer sozialpsychiatrischen Variante des Hospitalismus kennen und die Entgleisungsmöglichkeiten sehen, die in der Konstruktion von, realitätsfremden therapeutischen Modellgemeinschaften liegen können - nicht

liegen müssen, wenn Permissivität und Anforderungen ausgewogen sind. Daß der Enquetetext auf diese Dinge nicht eingeht, hat einen Grund darin, daß diese Fragen ja primär keine Organisationsprobleme der Versorgung zu sein scheinen und es damals dem überwiegenden Teil der Kommissionsmitglieder richtig erschien, die künftigen Adressaten der Enquete, vor allem Gesundheitspolitiker und Administratoren, in erster Linie mit Überlegungen zu denjenigen Bereichen zu bedienen, mit denen sie unmittelbar zu tun haben. Außerdem wäre es sicher sehr schwierig gewesen, sich zu einigen, weil die Vorstellungsbreite hier sehr verschieden war und auch immer sehr schnell Ängste ins Spiel kommen, hier werde vermeintlich Richtiges vorschnell festgeschrieben. Immerhin könnte man sich fragen, wie die Adressaten der Enquete etwa unsere Forderung nach Gemeindenähe verstehen sollen. Diese Forderung stellt ja Anforderungen an alle dem Kranken begegnenden Personen im privaten, im beruflichen, im öffentlichen und administrativen Raum. Man kann solche Forderungen nach einer veränderten Einstellung zum psychisch Kranken und Behinderten aber an diese außerpsychiatrischen Adressaten weniger gut steilen, wenn man ihnen gleichzeitig sozusagen verschweigt, daß sich auch so etwas wie ein Wandel im Verhältnis zwischen Therapeut und Patient in der Psychiatrie durchzusetzen beginnt. Es erscheint auch wenig logisch, einerseits mehr psychotherapeutische Kompetenz des Psychiaters zu fordern, aber in einem Text dieses Umfangs die Tatsache auszublenden, daß es in der Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten emotionale Aspekte gibt, die bearbeitet werden müssen.

Zum Schluß noch eine Bemerkung zu einem Problem, daß Herr Strömngren, so habe ich den Eindruck, mehr referierend aus der Enquete denn aus eigenen leidvollen Erfahrungen angeschnitten hat. Als Sache kam es in seinen Ausführungen gleich mehrfach vor und er hält es mit den Vätern der Enquete für „fundamental wichtig“, daß in den Versorgungsgebieten alle diagnostischen, therapeutischen, betreuenden, beratenden Dienste und Stellen kooperieren. Aber es wurde mir nicht so recht deutlich, ob ein Däne die Schwierigkeiten solcher Kooperation und Koordination in deutschen Landen so ganz sehen kann, welchen die Enquete immerhin ein eigenes und recht umfassendes Kapitel gewidmet hat. Herr Strömngren hat dieses Enquetekapitel selbst nicht erwähnt. Soll man daraus folgern, daß diese Dinge in Dänemark nicht so schwierig sind? Das wäre schön für Dänemark. Oder gibt es alle unsere Schwierigkeiten, zumindest analog, auch dort? Das wäre weniger schön für Dänemark, aber ein Trost für uns und eine weitere gemeinsame Diskussionsgrundlage.

## Diskussion zum Vortrag von E. Strömngren

(gekürzte Fassung)

*Dilling:* Ich war von Ihrer Forderung, daß die niedergelassenen Nervenärzte Supervision bei den praktischen Ärzten ausüben sollten, sehr beeindruckt. In unserem Land sind sicher einige dazu in der Lage, aber ein großer Teil der niedergelassenen Nervenärzte hat dazu nicht die erforderliche Ausbildung.

Und da komme ich nochmals auf die Sequestrierung, die für uns in Zukunft ein ganz großes Problem darstellen wird. *Im* Grunde sollten wir den psychotherapeutischen Teil der psychiatrischen Ausbildung nicht von der mehr zufälligen Ausrichtung der jeweiligen Klinik oder des Landeskrankenhauses abhängig machen, sondern eine psychotherapeutische Basisausbildung müßte wie beispielsweise in Norwegen, Dänemark und in der Schweiz obligatorisch sein. Vielleicht sollte sogar der Zusatztitel gefordert werden, jedenfalls sollten ganz andere Anforderungen an die psychotherapeutische Ausbildung derer gestellt werden, die sich dann schließlich Psychiater nennen. Unsere „Identität“ ist doch eine psychiatrische und nicht mehr eine klassisch neuro-psychiatrische oder neurologische. So können wir in der Ausbildung auf den psychotherapeutischen Teil nicht verzichten, denn sonst beschränken wir uns eben auf die Behandlung von Psychosen und sind sicher nicht in der Lage, die Allgemeinärzte zu beraten. - Ich habe bei unseren Untersuchungen in Bayern immer wieder von den praktischen Ärzten gehört, daß sie die neurotischen Patienten zwar zum niedergelassenen Nervenarzt überweisen, der ihnen dann einen Bericht schickt; aber mit ihnen über den Patienten reden und wirklich Rat bekommen, wie sie mit dem Patienten weiter umgehen sollen, das passiert in den wenigsten Fällen, weil der niedergelassene Nervenarzt dazu meistens nicht in der Lage ist.

*Held:* Ich komme aus einem Land, von dem ich leider feststellen muß, daß es durch den Rhein in fast hermetischer Weise von der Bundesrepublik abgeschlossen ist. Ich persönlich versuche, diese Kluft und Grenze zu überwinden. Ich kann leider in der mir jetzt zustehenden Zeit nicht auf alles eingehen, obwohl aus französischer Sicht sehr viel zu dem Referat von Herrn Stromgren zu sagen wäre.

Frankreich ist seit einigen Jahren sektoriert mit Sektorgrößen von 70.000 Einwohnern, also einem Standardversorgungsgebiet, das anders als das der Enquete abgemessen und konzipiert ist. Hierzu wäre vieles zu sagen.

In der kurzen Zeit nur etwas zu dem, was hinter diesen ganzen Zahlen stehen könnte oder jedenfalls sollte. Ich denke vor allem an die im Raum anwesenden Journalisten, bei denen ich mich oft frage, wie sie überhaupt sehen sollen, was wir Psychiater für Hintergedanken oder jedenfalls für Leitgedanken haben,

wenn wir solche Zahlen gebrauchen. Ich will diese Frage für mich in einer sehr einfachen Form beantworten: Ich glaube, ein therapeutisch Verantwortlicher muß seine Patienten kennen oder im Umkehrschluß, therapeutische Verantwortung halte ich nur in dem Maße für zulässig und vertretbar, als sie sich auch auf persönliche Kenntnisse der Patienten stützt. Das klingt wahrscheinlich selbstverständlich und banal. Wenn man aber weiterdenkt, hat eine solche Forderung sehr einschneidende Konsequenzen für die Organisation der Psychiatrie, ich glaube, von daher sollte die humane Psychiatrie organisiert werden, indem man eben die Patienten mit Therapeuten konfrontiert, die die Möglichkeit haben, sie kennenzulernen und sie solange weiterzubehandeln, wie sie es nötig haben.

*Gille:* Ich habe in den beiden Tagen sehr interessiert gehört, was in anderen Ländern möglich ist, wie Krankenpflegepersonal dort eingesetzt werden kann und daß es auch offensichtlich Qualifikationen hat, die von den Referenten dargestellten Aufgaben zu übernehmen. Die Studie über die Situation des Pflegepersonals in der Psychiatrie, die in der Enquete veröffentlicht wurde, gab ein erschütterndes Bild der Fort- und Weiterbildungssituation in der Bundesrepublik und ich frage, ob man nicht auch hier einen Schwerpunkt setzen sollte ?

Korte ; Ich habe eine Frage an Herrn Strömgen, und zwar, welche Bedeutung hat in Dänemark innerhalb der Sozialpsychiatrie die Sozialarbeit? Ich frage einmal, weil ich aus eigener Erfahrung weiß, daß die Ausbildung der Sozialarbeiter in Dänemark, ähnlich wie in Holland, durchweg besser war als bei uns. Aber ein weiterer Grund ist die Tatsache, daß das Psychosoziale in der Sozialpsychiatrie und überhaupt in der Krankheitsentstehung und ihrem Verlauf sowie der Nachsorge betont wird. Die österreichischen Psychiater, das zeigte sich heute bei Herrn Strotzka und auch auf dem Ärztetag in Bad Gastein, sind im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitern ungleich offener, als das bei uns der Fall ist. Heidelberg macht eine Ausnahme, ich denke an die Herren Hafner, Bräutigam und Christian. Auch bei Ihnen, Herr Dörner, meine ich, spielt die Sozialarbeit eine ganz andere Rolle. Für mich ergibt sich eine schizophrene Situation: Auf der einen Seite wird die Bedeutung des Psychosozialen herausgestellt, aber weder in der Ausbildung des Psychiaters noch des Analytikers - mit einigen Ausnahmen - kümmern wir uns im eigentlichen Sinne um das Psychosoziale. Wenn ich das mit der Ausbildung der Sozialarbeiter bei uns vergleiche, was in 6 Semestern praktisch und theoretisch über die Bedeutung des Gesellschaftlichen, u. a. der Normen, Schichten usw. gelehrt wird, dann ergibt sich für mich die dringende Frage, warum arbeiten wir in der Sozialpsychiatrie nicht enger mit der Sozialarbeit zusammen? Deshalb frage ich Sie, wie sieht, neben der Mitarbeit der „Fachschwester in der Sozialpsychiatrie“, die Zusammenarbeit mit der Sozialarbeit bei Ihnen aus?

*Heigl-Evers:* Noch ein Wort zu der Weiterbildungssituation. Damit eine Sequenzierung stattfinden kann, muß sich zunächst einmal ein Ganzes gebildet haben. Damit eine „Auswanderung“ der Psychotherapie aus der Psychiatrie stattfinden kann, muß diese zunächst einmal „eingewandert“<sup>5</sup> sein. Ich meine, dafür sollte wirklich alles getan werden. Wenn jetzt gesagt wird, daß in die Facharztweiterbildung obligat die Psychotherapie eingeführt werden soll, dann sollte das m.E. im Sinne einer gewissen Grundinformation geschehen. Ich weiß aber nicht, ob alle jungen Psychiater bereit sind, ein weitergehendes psychotherapeutisches Training zu absolvieren, etwa in unserer Zusatzbezeichnung. Meine langjährige Erfahrung mit der Weiterbildung von Psychiatern zeigt mir, daß es neben hochmotivierten eben auch solche gibt, die eine außerordentlich geringe Motivation haben hinsichtlich einer beziehungsorientierten Psychotherapie, die dafür aber - etwa in der biologischen Psychiatrie - hochmotiviert sind. Es könnte doch ähnlich wie in Amerika sein, daß sich eine Ergänzungsreihe bildet zwischen Psychiatern, die vornehmlich Psychotherapie betreiben und ein geringeres Interesse an der biologischen Fragestellung haben, und solchen, bei denen das umgekehrt ist.

Noch kurz zu der Frage der Sozialarbeiter. Ich meine auch, daß die Sozialarbeiter den Psychologen und Ärzten diese hohe Orientiertheit an sozialer Praxis voraus haben und daß sie deswegen für die Mitarbeit in der Versorgung ungeheuer notwendig sind und daß wir diese Kooperation ebenso wie die mit den Krankenschwestern unbedingt fördern sollten. Denn nur so können wir wie Herr Redlich und Herr Strotzka immer wieder betonten - die uns gestellte Aufgabe einer optimalen Versorgung lösen.

*Bräutigam:* Durch diese schöne Konzeption von Herrn Strömgren - einer Zirkulation zwischen klinischer Einheit und ambulanter Vor- und Nachsorge durch Ärzte, Schwestern, Sozialarbeiter - sind wir auf die Ausbildungsfragen gekommen. Ich bin sehr beeindruckt von der intensiven Ausbildung, die amerikanische Fachärzte für Psychiatrie erhalten, die z.B. in verschiedenen Abteilungen zirkulieren. Ich höre von Herrn Strömgren, daß es in seinem Land auch so organisiert ist. Bei uns ist es dagegen möglich, daß jemand 5 Jahre in einem psychiatrischen Krankenhaus auf einer geriatrischen Abteilung arbeitet und dann Facharzt für Psychiatrie werden kann. Ich sage nicht, daß das immer so ist, aber es kann so einseitig sein. Die von Herrn Dilling genannte umfassende psychiatrische und - mit der Erschließung der ambulanten Versorgung - auch psychotherapeutische Kompetenz setzt aber eine Organisation der Weiterbildung voraus. Ich habe jahrelang im Vorstand der DGPN für eine gewisse Reglementierung, Organisation und für einen größeren Anteil von Psychotherapie in der psychiatrischen Ausbildung gekämpft. Das ist nicht geglückt. Im Laufe der Jahre sind verschiedene Weiterbildungsreferenten, über diese Entwicklung resigniert, zurückgetreten. Aber wir sollten ganz klar sehen,

daß eine moderne psychiatrische Versorgung auch eine solche umfassende psychotherapeutische Kompetenz einschließt und daß diese Kompetenz nicht ohne systematische Weiterbildung erworben wird.

*Dörner:* Ich habe eine Frage zur Rolle und Funktion der Patientenclubs. Wir sind in Hamburg jetzt dabei, in einigen Clubs zu versuchen, Gemeindenähe dadurch zu realisieren, daß nicht nur Patienten in den Clubs sind. Ich wollte Herrn Strömgen fragen, inwieweit er Erfahrungen hat, wie solche offenen Clubs Saufen können und welche Rolle überhaupt Clubs bei Ihnen spielen?

*Teilnehmer:* Anhand des Referats von Herrn Strömgen sind jetzt eine ganze Reihe von - ansonsten eher weniger berücksichtigten - Themen der Enquete zur Sprache gekommen, wie z.B. verschiedene Berufsgruppen, Ausbildung, andere Institutionen. Hier sollten wir beispielsweise festhalten, was Frau Gille sagte, daß offensichtlich die Einsatzmöglichkeiten von Krankenschwestern in der Psychiatrie doch wesentlich umfangreicher sein könnten, als es in der Enquete sichtbar wird.

Ich habe den Eindruck, daß dagegen die Berufsgruppe der niedergelassenen Ärzte auf dieser Tagung viel zu kurz gekommen ist. Das ist ein Mißverhältnis im Hinblick auf die unglaubliche Bedeutung, die die niedergelassenen Ärzte haben. Herr Strömgen hat zu den praktischen Ärzten einige Ausführungen gemacht. Könnten Sie nicht auch zu den niedergelassenen Nervenärzten und ihrer Weiterentwicklung als Institution etwas sagen? Immerhin ist der niedergelassene Nervenarzt die erste gemeindepsychiatrische Einrichtung, die es historisch betrachtet gegeben hat.

*Eisenberg:* Auch das Gesundheitsamt fängt an - nachdem das Gedankengut der Psychiatrie-Enquete durch die Lande gegangen ist - sich zu besinnen, welche Aufgaben übernommen werden könnten. Mir ist aufgefallen, daß hier immer von der Klinik aus gedacht wird. In unserer psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, in der in Kasse! 26 verschiedene Institutionen zusammenkommen, konnten wir feststellen, daß sowohl Krankenschwestern der Gemeindekrankenpflege als auch Leute der Hauspflege mit psychisch Kranken zu tun haben. Wir überlegen uns jetzt, in welcher Form therapeutische Grundeinstellungen, wie sie vorhin genannt wurden, in den einzelnen Arbeitsfeldern übernommen werden können. Eine interfraktionelle Gruppe von Psychiatern, Sozialarbeitern, Schwestern und Laien versucht so, die Arbeit neu zu konzipieren. Ich meine, daß bei einer Reform in der Psychiatrie nicht nur immer aus der Sicht des Krankenhauses im Sinne einer nachgehenden Betreuung oder Versorgung gedacht werden sollte.

*Strömngren:* Die Änderungen der dänischen Pläne für die Psychiatrie stellten tatsächlich Korrekturen dar. Der Generalplan, der vor 25 Jahren konzipiert wurde, hatte als Grundregelung vorgesehen, daß die neuen psychiatrischen Krankenhäuser den Allgemeinkrankenhäusern angegliedert werden sollten. Es war vorgesehen, in allen 13 Kreisen Dänemarks eine solche Einheit zu gründen. Bisher sind jedoch nur 5 von diesen Einrichtungen verwirklicht worden. Weil dies so langsam ging, haben mehrere Kreise stattdessen ganz kleine Einrichtungen mit etwa 20 Betten eingerichtet. Inzwischen sind sich alle darüber einig, daß diese ganz kleinen Einheiten nicht gut funktionieren. Die Einheiten müssen so groß sein, daß sie alle Arten von psychischen Krankheiten behandeln können und wirklich eine effiziente Klinik für eine Bevölkerungsgruppe darstellen, so daß es eben nicht nötig wird, die Kranken nach einer gewissen Zeit in andere Abteilungen zu schicken oder andere abzuweisen. Damit diese Aufgabe überhaupt bewältigt werden kann, ist ein Minimum von 60 Betten notwendig, aber das ist nicht die Idealgröße. Denn der Vorteil von größeren Einheiten ist, daß sie Werkstätten und andere spezielle Einrichtungen haben. Nachdem niemand weiß, wie es in 10 oder 20 Jahren mit der Relation zwischen Tagespatienten und stationären Patienten aussieht, wurden z.B. in dem neuen psychiatrischen Krankenhaus in Odense die Stationen so gebaut, daß sie schneit von einer Bettenabteilung in eine Tagesklinik umgebaut werden können. Das ist m.E. eine gute Grundkonzeption.

Ich muß gestehen, daß ich keine konkreten Ratschläge in Hinsicht auf die Administration in der Bundesrepublik Deutschland geben kann. Herr Kulenkampff hat mir zwar freundlicherweise die Grundprinzipien und Tatsachen in einem Brief von 17 Seiten beschrieben, aber ich muß gestehen, daß ich mir nicht sicher bin, ob ich das Ganze so beherrsche, um gute Ratschläge geben zu können.

Herr Dilling fragte, ob niedergelassene Nervenärzte Supervisionen für die Allgemeinpraktiker übernehmen können. Das können sie ebenso wie auch die Fachärzte in den Krankenhäusern. Aber ich finde es ebenso wichtig, daß sie die praktischen Ärzte besuchen und daß sie die Fälle besprechen, die dort vorkommen. Es hat keinen Sinn, daß die Psychiater den praktischen Ärzten erzählen, was sie in ihrer nervenärztlichen Praxis bzw. in einem Krankenhaus sehen. Was diskutiert werden muß, ist eben das Krankengut der allgemeinen Praxis. Bei uns ist vorgesehen, daß die Fachärzte im Krankenhaus auch an solchen Supervisionen arbeiten sollen, und es ist z.B. in unserem Kreis geplant, 5 Oberärzte anzustellen mit der Aufgabe, Allgemeinpraktiker zu supervisieren.

Die Sozialpsychiatrie ist in Dänemark keine Spezialität geworden. Es gibt einige Sozialräte, die Psychiater sind und die mit den Krankenhäusern sehr gut

zusammenarbeiten. Wir haben bei uns Sozialarbeiter mit einer recht guten Ausbildung, die in den Krankenhäusern angestellt sind und mit den Sozialämtern gute Verbindungen haben. Sie sind gewöhnlich die vernünftigsten und realistischsten Mitarbeiter, die wir überhaupt haben.

Zur Ausbildung in der Psychotherapie: Bei uns bekommen alle die, die Fachärzte werden, eine bestimmte Ausbildung in Psychotherapie, aber nicht so viel, daß man sagen könnte, sie seien einem Facharzt für Psychotherapie gleichwertig. Diejenigen von ihnen, die sich besonders für Psychotherapie interessieren, arbeiten dann z. B. ein oder zwei Jahre in einer psychotherapeutischen Poliklinik, die ein Teil unseres Krankenhauses ist. Es stellt sich heraus, daß, wenn sie später Chefärzte werden wollen, die psychotherapeutische Arbeit in einer solchen Politik eine ziemliche Qualifikation bedeutet. Ebenso ist es wichtig, daß sie etwas gerichtspsychiatrisch gearbeitet haben.

Wir haben Patientenclubs in den Krankenhäusern und in der Stadt, die gewöhnlich nur für Patienten vorgesehen sind; aber die Familien und die Kinder des Vereins für psychisch Kranke kommen dort auch sehr oft hin. Auch in der Nachbarschaft gibt es Interesse für solche Clubs und der Kontakt mit der Nachbarschaft wird allmählich immer besser.

*Bosch:* Wenn man die Fachausbildungsstellen für Krankenschwestern und ihre Kapazitäten kennt, dann ist es ein Rechenexempel, daß es in der nächsten Zeit nicht sehr viele Fachschwestern geben wird. Das ist ein Faktum und wenn man den schleppenden Verlauf von Versuchen, neue Ausbildungsstätten einzurichten kennt, muß man fordern, daß daneben auch anderes geschieht, was praktikabler ist und schneller zu Verbesserungen führt.

Noch etwas zu Herrn Dörner. Sie wissen so gut wie ich, daß wenn wir über Organisation der psychiatrischen Versorgung sprechen, nicht nur die Institutionen gemeint sind. Das ist nicht eine Frage des Verschiebens von Bauklötzen oder einer Neuverdrahtung von Elementen wie in der Elektronik sondern es verschieben sich ganze Aspekte, wie sie schon in dem Wort „Gemeindenähe“ liegen. Es ist ganz klar, daß immer auch die Umgangsformen und die Art und Weise der Begegnung zwischen Therapeuten, Laien, Partnern und den Patienten auf allen Ebenen und bei allen Berufsgruppen ins Spiel kommen. Man kann diese gerne als „therapeutische Grundhaltung“ bezeichnen. Vielleicht ist ein Stilwandel ohne Organisationsänderung möglich. Aber sicher nicht eine organisatorische Umstrukturierung, wie wir sie alle im Sinne haben ohne die Änderung des therapeutischen Stils. Damit kommt sofort auch die Frage der Aus-, Fort- und Weiterbildung in die Diskussion.

*Egert:* Wir stehen am Ende einer inhaltsreichen Tagung und auch eines langen Tages. Er hat, wie ich meine, gezeigt, daß die Tagung der politischen

Schubkraft, die wir dem Problem der Enquete geben wollen, durchaus dienlich war und daß über eine ganze Menge Themen offensichtlich noch viele Diskussionen geführt werden müssen, um Lösungsmöglichkeiten zu finden.

*Picard:* Ich möchte als Vorsitzender der AKTION ein Wort des Dankes aussprechen an alle, die teilgenommen haben und besonders an die Referenten, denen wir zumindest die Einsicht verdanken, daß es sich gelohnt hat, an der Enquete zu arbeiten. Ich möchte auch den Journalisten danken, die - wie ich hoffe - etwas von hier nach draußen tragen. Zeitweise schien die Diskussion auseinanderzufallen, so daß man den Eindruck haben konnte, daß Spezialprobleme, die eine relativ kleine Interessengruppe berühren, besonders wichtig seien. Nun, es war nicht Zweck der Tagung, diese Probleme zu klären, sondern herauszufinden, ob die Enquete im internationalen Rahmen einen mehr oder weniger akzeptablen oder sogar guten Platz einnimmt. Für uns sollen die hier erhaltenen Anregungen ein Ansporn sein, das eine oder andere Problem in den zukünftigen Diskussionen, Tagungen oder Veröffentlichungen aufzugreifen.

## D. Autoren- und Dsskussionsteilnehmerverzeichnis

## Autoren

Prof. Dr. G. BOSCH, Leiter der Abt. Sozialpsychiatrie der Freien Universität, Berlin

Prof. Dr. W. BRÄUTIGAM, Direktor der Psychosomatischen Klinik der Universität, Heidelberg

Priv. Doz. Dr. H. DiLLING, Oberarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik, München

Prof. Dr. K. ERNST, Ärztl. Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik, Zürich/ Schweiz

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

Antje HUBER, Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit

Prof. Dr. A. HUHN, Direktor der Rheinischen Landesklinik, Bonn

Prof. Dr. C. KULENKAMPFF, Leiter der Abt. Gesundheitspflege des Landschaftsverbands Rheinland, Köln

Prof. Dr. J. E. MEYER, Direktor der Psychiatrischen Klinik der Universität, Göttingen

Prof. Dr. Chr. MÜLLER, Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Prilly, Hopital de Cery, Canton de Vaud/Schweiz

Prof. Dr. F. REDLICH, Professor für Psychiatrie an der Universität of California, Los Angeles, Associate Chief of Staff for Education, V. A. Hospital Brentwood, U. S. A.

Prof. Dr. E. STRÖMGREN, Professor für Psychiatrie an der Universität Aarhus/Dänemark, Direktor des Psychiatrischen Krankenhauses Risskov/Dänemark

Prof. Dr. H. STROTZKA, Direktor des Instituts für Tiefenpsychologie und Psychotherapie der Universität Wien/Österreich

Prof. Dr. J. K. W1NG, MD, PhD., Prof. of Social Psychiatry Medical Research Council, Social Psychiatry Unit, Institute of Psychiatry London/Großbritannien

## Diskussionsteilnehmer

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

Dr. K. BEHRENDTS, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Institut für Lebensberatung, Düsseldorf

Dr. K. DÖRNER, Priv. Doz., Psychiatrische und Nervenklinik und Poliklinik der Universität, Hamburg

Dr. E. G. DUCHO, Nervenarzt, Porz

J. EGERT, MdB, Mitglied des Vorstandes der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. Bonn

W. EIERMANN, Erster Beigeordneter des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Kassel

P.-L. EISENBERG, Sozialarbeiter, Gesundheitsamt, Sozial-psychiatrische Beratungsstelle, Kassel

Prof. Dr. W. FEUERLEIN, Leiter der Psychiatrischen Poliklinik des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie, München

G. GILLE, Krankenschwester, Bildungszentrum des Deutschen Berufsverbandes für Krankenpflege, Essen

Prof. Dr. A. HEIGL-EVERS, Lehrstuhl für Psychotherapie der Universitäts-Kliniken, Düsseldorf

Dr. T. HELD, Psychiater, Paris

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

Prof. Dr. B. KÖRTE, Köln

Dr. H. D. MIDDELHOFF, Direktor des Psychiatrischen Behandlungszentrums I des Landeskrankenhauses Wiesloch

Dr. H. H. OCKEL, Psychotherapeutisches Institut für das Land Niedersachsen, Hannover

Dr. E. ODENBACH, Bundesärztekammer, Abt. Fortbildung und Wissenschaft, Köln

Dr. M. RAVE-SCHWANK, Landschaftsverband Rheinland, Köln

Prof. Dr. F. REIMER, Direktor des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weinsberg

Prof. Dr. H. SCHEPANK, Äztl. Direktor der Psychosomatischen Klinik am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

Prof. Dr. Dr. H. SIEDOW, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, Psychiatrisches Landeskrankenhaus Reichenau, Konstanz

Dr. A. VELTIN, Direktor der Rheinischen Landeslinik Rheydt, Rheydt

Prof. Dr. D. v. ZERSSEN, Leiter der Abteilung für Psychiatrie, Max-Planck-Institut, München.

# E. Anhang

# Definition psychischer Krankheiten und Behinderungen aus der Psychiatrie-Enquete

## Geistig Behinderte

Unter geistig Behinderten versteht man Kinder, Jugendliche und Erwachsene, deren geistige Entwicklung durch angeborene oder erworbene Störungen hinter der altersgemäßen Norm zurückgeblieben ist, so daß sie für ihre Lebensführung besonderer Hilfen bedürfen (s. Schwachsinn).

## Psychisch Kranke

Unter psychisch Kranken werden Personen verstanden, die unter Psychosen, Neurosen, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, psychischen Alterskrankheiten und psychosomatischen Störungen leiden, soweit es sich um körperliche Beschwerden auf psychischer Grundlage handelt. Im engeren Sinn werden unter psychosomatischen Erkrankungen psychisch (mit-)bedingte, objektiv faßbare Organstörungen, wie z. B. Asthma, Ulkus und bestimmte Formen des Bluthochdrucks verstanden. Nach dem Lebensalter ergibt sich folgende Einteilung psychisch Kranker:

1. Psychisch kranke Kinder: Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr, die unter psychischen Erkrankungen leiden, eingeschlossen emotional gestörte Kinder sowie Kinder mit Verhaltens- und Leistungsstörungen.
2. Psychisch kranke Jugendliche: Jugendliche vom Beginn des 15. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, die unter psychischen Erkrankungen leiden, eingeschlossen emotional gestörte Jugendliche und Jugendliche mit Verhaltens- und Leistungsstörungen.
3. Psychisch kranke Erwachsene
4. Psychisch kranke alte Menschen (gerontopsychiatrische Patienten): Personen von 65 Jahren und älter, bei denen eine psychische Erkrankung ausschließlich besteht oder die entscheidende Komponente ihres Leidens ist.

## Seelisch Beinderte

Unter seelisch Behinderten sind vor allem chronisch psychisch Kranke zu verstehen, d. h. Personen mit abnormen psychischen Dauerzuständen, z. B. nach schizophrenen Psychosen oder nach hirnrorganischen Erkrankungen.

# Begriffe zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter aus der Psychiatrie-Enquete

## **Ambulante Dienste**

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 benützen.

## **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 -wie Tages- und Nachtkliniken- 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 ein 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 Kranken 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 (ÜBERGANGSHEIME, WOHNHEIME, EINRICHTUNGEN FÜR MEHRFACH- UND SCHWERSTBEHINDERTE) und sonstige komplementäre Dienste. (BESCHÜTZENDE WOHNGRUPPEN 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.

## **Patientenclubs**

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.

## **Tagesklinik**

Die Tagesklinik ist eine halbstationäre Einrichtung 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 ver-

## **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.

### **Vorfeld**

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.

### **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.

### Angebote in einem Standortversorgungsgebiet

#### Das Vorfeld psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer sowie rehabilitativer Dienste

Allgemeine professionelle und nicht-professionelle Beratung in den Bereichen:  
Erziehung, Seelsorge, Rechtspflege, Gesundheitsämter, Arbeitsverwaltung und Sozialversicherung, Sozialarbeit

Beratungsstellen

praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin

psychosoziale Kontaktstellen

Fachärzte anderer Disziplinen

#### Ambulante Dienste

niedergelassene Nervenärzte

niedergelassene Psychagogen (Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten)

niedergelassene ärztliche und nicht-ärztliche Fachpsychotherapeuten

psychosoziale Versorgungseinrichtungen (in unterversorgten Gebieten)

#### Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern

<i>'Ambulante Dienste an Krankenhaus-einrichtungen</i>	<i>Halbstationäre Dienste</i>	<i>Stationäre Dienste</i>	<i>Komplementäre Dienste</i>	<i>Spezielle rehabilitative Dienste</i>	<i>Dienste für Behinderte</i>
ambulante Dienste an psychiatrischen Behandlungszentren	Tageskliniken und Nachtkliniken	psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern	Übergangsheime	Werkstätten für Behinderte	Einrichtung zur Früherkennung, Frühdiagnose und Frühbehandlung
psychotherapeutisch/psychosomatische Polikliniken	Tageskliniken und Nachtkliniken für besondere Patientengruppen	psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern	Wohnheime und Wohnheime für besondere Patientengruppen	Beschützende Arbeitsplätze	Sonderkindergärten
Fachambulanzen		gerontopsychiatrische Abteilung	Beschützende Wohngruppen und Wohnungen		Sonderschulen
		Assessment-Unit für psychisch kranke alte Menschen	Familienpflege		Sonderklassen
			Tagesstätten		Wohnangebote
			Patientenclubs		Bildungs-, Freizeit- und Erholungsstätten
			Einrichtungen für Schwerst- und Mehrfachbehinderte		

Psychosozialer Ausschuß

Kooperation der Träger

Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft

KOORDINATION

PLANUNG