



# Psychiatrie fünf Jahre nach der Enquête

Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland fünf Jahre nach  
der Enquete

Tagungsbericht Herausgegeben von

Heinz Hafner, Mannheim

Walter Ricard, Bonn

AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte Band 5

---

# Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland fünf Jahre nach der Enquete

Tagungsbericht

---

Herausgegeben von Heinz Hafner, Mannheim  
Walter Ricard, Bonn

AKTION PSYCHISCH KRANKE

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

Hergestellt mit Unterstützung der  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

© 1980 Rheinland-Verlag GmbH • Köln  
Herstellung: Publikationssteile des Landschaftsverbandes Rheinland  
Umschlagentwurf: Renate Triltsch • Köln  
Druck: Ziegler Beckmann - Köln  
ISBN 3-7927-0574-5

# Inhalt

<b>V o r w o r t . . . . . , . . . . .</b>	<b>7</b>
<b>B e g r ü ß u n g . . . . .</b> <i>W. Picard, MdB</i>	<b>9</b>
<b>Einführung</b> Entwicklungstendenzen und Probleme der psychiatrischen Versorgung fünf Jahre nach der Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquete . . . . .	<b>11</b>
<i>H. Häfner, Mannheim</i>	
Planung und Aufbau psychiatrischer Abteilungen und gemeindenaher Fachkrankenhäuser seit der Enquete-Erhebung (30. 5. 1973) . . . . .	<b>17</b>
<i>H. Häfner, Mannheim</i>	
Die Situation der psychiatrischen Landeskrankenhäuser nach Abschluß der Psychiatrie-Enquete . . . . .	<b>23</b>
<i>F. Reimer, Weinsberg</i>	
Der Aufbau einer gemeindenahen Versorgung in Mannheim - erste Ergebnisse einer wissenschaftlichen Begleitung . . . . .	<b>29</b>
<i>J. Klug und H. Hafner, Mannheim</i>	
Zur Situation und Problematik der psychisch Kranken in Heimen . . . . .	<b>43</b>
<i>H. Kunze, Kassel</i>	
Die Entwicklung der psychotherapeutischen Versorgung seit der Psychiatrie Enquete . . . . .	<b>55</b>
<i>H. Schepank, Mannheim</i>	

Nutzen und Wirksamkeit psychischer Behandlungsmethoden in der Psychiatrie - einige grundsätzliche Überlegungen . . . . .	65
<i>U. Baumann, Kiel</i>	
Die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit - Grenzbereiche der Versorgung durch die Gesundheitsdienste . . . . .	77
<i>H. Katschnig, Wien</i>	
<b>Diskussionsbericht des Runder Tischgesprächs:</b> Bestandsaufnahme und Folgerungen für die weitere Verbesserung der Situation der psychisch Kranken in der Bundesrepublik . . . . .	95
<i>M. v. Boeselager und E. v. Watzdorf, Bonn</i>	
<b>Autorenverzeichnis . . . . .</b>	103

## Vorwort

Am 25. 11. 1975 wurde der Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland der damaligen Ministerin für Familie, Jugend und Gesundheit, Frau Dr. Katharina Focke, übergeben. Über drei Jahre hatte die aus 26 Mitgliedern bestehende Sachverständigenkommission - sie setzte sich aus Psychiatern, Psychologen, Sozialarbeitern und Vertretern des Bundes, der Länder und der Bundesärztekammer zusammen - daran gearbeitet, eine Analyse des damaligen Zustandes der Versorgung psychisch Kranker und aller mit ihr zusammenhängenden Fragen zu übergeben und realisierbare Empfehlungen zur Abhilfe der Mängel zu formulieren. Bei einer Tagung unter dem Titel: „Forschungsergebnisse und praktische Erfahrungen in ihrer Bedeutung für die Reform der psychiatrischen Versorgung“, die vom 7. 11. bis 8. 11. 1975 in Mannheim stattfand, wurden die Ergebnisse und Empfehlungen der „Enquete“ erstmals in der Öffentlichkeit vorgestellt und sachkundig diskutiert. Diese Tagung war von der AKTION PSYCHISCH KRANKE mit dem „Zentralinstitut für Seelische Gesundheit“ organisiert worden.

Seither sind vier Jahre vergangen. Gerechnet vom Tage der Haupterhebung der Sachverständigenkommission an, dem 30. 5. 1973, sind es bereits mehr als sechs Jahre. In dieser Zeit wurden die Stellungnahmen der Länderregierungen und der Bundesregierung zur Enquete vorgelegt und im Deutschen Bundestag diskutiert. Verändert hat sich in diesem halben Jahrzehnt die Ausgangslage. Verändert hat sich das Problembewußtsein der Bevölkerung. Verändert oder, genauer gesagt, verbessert haben sich auch einige Möglichkeiten der Hilfe. Vieles aber ist unverändert geblieben. Was hat Bestand, weil es gut und sinnvoll war, und was ist nur deshalb geblieben, weil Einsicht, Mittel und Kraft nicht ausreichten, um es zu verbessern? Was vor allem gilt es jetzt in Angriff zu nehmen?

In Fortführung der Ziele der von der AKTION PSYCHISCH KRANKE und des „Zentralinstituts für Seelische Gesundheit“ 1975 veranstalteten Tagung erschien es sinnvoll, diesen Problemkreis nach vier oder auch nach sechs Jahren zum Thema einer zweiten gemeinsamen Tagung zu machen. Sie fand unter dem Titel dieses Buches in der Zeit vom 22. 11. bis 23.11. 1979 am Zentralinstitut in Mannheim statt.

Die Teilnehmerliste weist Politiker, Beamte von Bund, Ländern und Kommunen, Fachjournalisten und Psychiater aus, die mit den aufgeworfenen Fragen vertraut sind. Der Rahmen der Tagung hat nicht nur die Teilnehmerzahl begrenzt, sondern auch zur Konzentration auf einige zentrale Themen der Versorgung psychisch Kranker gezwungen. Dabei wurde, dem Tagungsort gemäß, auch der wissenschaftliche Aspekt mit den Schwerpunkten Versorgungs- und Therapieforschung nicht vernachlässigt.

Dieser Band enthält alle Vorträge, die aus Anlaß der Tagung behandelt wurden. Er enthält außerdem eine Zusammenfassung der Diskussion, die unter der Leitung von Dr. Rainer Flöhl, Wissenschaftsjournalist der Frankfurter Allgemeinen Zeitung, zum Abschluß der Tagung am „Runden Tisch“ und zu den Vorträgen selbst geführt wurde.

Wir hoffen, daß von der Tagung selbst, die in der Öffentlichkeit aufmerksam aufgenommen wurde, und von den Beiträgen dieses Bandes weitere Anstöße zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker in unserem Lande ausgehen.

Mannheim/Bonn, Oktober 1980

Die Herausgeber

# Begrüßung

*W. Picard, MdB*

*Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.*

Nach übereinstimmender Meinung aller drei im Deutschen Bundestag vertretenen Parteien ist die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in unserem Lande nach wie vor dringend verbesserungsbedürftig. Das war das Resultat der Debatte im Deutschen Bundestag am 11. Oktober 1979 über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland.

Die drei Parteien waren sich darüber einig, daß die psychisch Kranken nach wie vor als Stiefkinder unserer Gesellschaft oft noch in viel zu großen Krankenhäusern, weit entfernt von Familie und Freunden, mangelhaft versorgt, stark benachteiligt gegenüber körperlich Kranken, oft noch immer unter menschenunwürdigen Umständen und diskriminiert von der Umwelt leben müssen.

Bei einem internationalen Vergleich schneidet die Bundesrepublik Deutschland - sonst gewöhnt an eine sozial führende Rolle - nach wie vor sehr schlecht ab: vergleicht man die Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten in der Bundesrepublik Deutschland mit anderen Ländern, so müssen wir eingestehen, daß z. B. die Niederlande, Dänemark, Schweden und England der Bundesrepublik Deutschland auf diesem Gebiet um zehn bis fünfzehn Jahre voraus sind.

Die Bundesregierung muß sich - zu recht - gefallen lassen, daß die Psychiatrie nach wie vor als „sozialer Notstand Nummer Eins“ bezeichnet wird und die Bundesrepublik in Sachen Psychiatrie ein Entwicklungsland war und auch noch ist.

Grundlage der Debatte im Deutschen Bundestag war die Stellungnahme der Bundesregierung zum Psychiatrie-Bericht, der ihr bereits 1975 von einer Sachverständigen-Kommission vorgelegt worden war.

Diese mit vierjähriger Verspätung erschienene Stellungnahme der Bundesregierung zum Psychiatrie-Bericht hat alle, die sich mit diesem Thema beschäftigen sowie vor allem auch die Betroffenen und deren Angehörige enttäuscht. Unter Hinweis auf mangelnde Kompetenz in einem weit überzogenen Maße läßt die Stellungnahme jeglichen Mut zu einer klaren, zukunftsweisenden gesundheitspolitischen Aussage vermissen.

So bleibt der politische Wille der Bundesregierung, was im einzelnen jetzt zu geschehen hat oder zukünftig geschehen könnte, weitgehend unkenntlich,

Die Parteien im Deutschen Bundestag haben in der Debatte als besonders wichtig folgende Bereiche herausgestellt, die im kommenden Modellprogramm der Bundesregierung vorrangig erprobt werden sollen:

- Erstens der Aufbau der ambulanten Versorgung, weil sie weitaus humaner und auch kostensparender ist.
- Zweitens soll der komplementäre Bereich erprobt und aufgebaut werden, der die ambulanten, halbstationären und stationären Dienste ergänzt. Komplementäre Dienste, das sind alle Einrichtungen für die Wiedereingliederung oder Dauerunterbringung solcher psychisch Kranker oder Behinderten, die im Wohn- und Arbeitsbereich ohne besondere Hilfen nicht oder nicht selbständig leben können (z. B. Übergangsheime, Wohnheime), ohne deren Aufbau eine Reform der Versorgung psychisch Kranker nicht möglich ist.
- Außerdem ist drittens eine fortlaufende Datenerfassung darüber notwendig, was in der psychiatrischen Versorgung der Bundesrepublik Deutschland geschieht. Denn nur auf diese Weise können die bisherige Entwicklung auf Erfolge und Mißerfolge hin analysiert und exakte Grundlagen für alle weiteren zukünftigen Aktivitäten und Planungen geschaffen werden.

Es bleibt zu hoffen, daß die vom Bundestag zur Verfügung gestellten Millionenbeträge für die nächsten Jahre vom Bundesgesundheitsministerium so eingesetzt werden, daß sie einen tatsächlichen Beitrag zur Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter bringen werden.

Diese Tagung beschäftigt sich mit der Frage, ob und inwieweit nach der Enquete eine Verbesserung der Lage der psychisch Kranken eingetreten ist. Ansätze zu positiven Veränderungen sind vorhanden, dennoch ist die Entwicklung nicht so in Gang gekommen, wie wir gehofft hatten. Diese Tagung trägt hoffentlich zur Klärung vorhandener Schwierigkeiten mit bei und hilft, die Tendenz zu mehr ambulanten und komplementären Einrichtungen zu verstärken.

Ein Wort sei mir noch erlaubt zu gegenwärtigen Diskussionen, Auseinandersetzungen und Aktionen, die die psychiatrische Versorgung betreffen. So sehr die Unzufriedenheit mancher Einzelpersonen und Gruppen mit der immer noch nicht befriedigenden Lage der Psychiatrie und ihre Ungeduld wegen des schleppenden Fortgangs allseits für notwendig erachteter Veränderung verständlich sein mag: überspitzte Forderungen nach Auflösung aller Landeskrankenhäuser, z. B. handstreichartige Aktionen der Besetzung von Stationen, helfen nicht weiter. Wir brauchen den langen Atem und die konsequente, unbeirrte Verfolgung der Ziele der Enquete.

## Einführung

# Entwicklungstendenzen und Probleme der psychiatrischen Versorgung vier Jahre nach der Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquete

*H. Hafner*

Am 25. 11. 1975 wurde der „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ der damaligen Ministerin für Jugend, Familie und Gesundheit, Frau Dr. Katharina Focke, vom Vorsitzenden der Sachverständigenkommission, Herrn Professor Kulenkampff, übergeben. Die 26 Mitglieder der Kommission hatten, unterstützt durch mehr als hundert Arbeitsgruppenmitglieder und Gutachter, rund drei Jahre daran gearbeitet. Der Erfolg war ein beachtliches Werk, das in seinem Empfehlungsteil auf einer gründlichen Analyse des Ist-Zustandes der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung aufbauen konnte. Ihr lag eine unter dem Stichtag 30. 5.1973 durchgeführte Erhebung der psychiatrischen Einrichtungen und ihrer Klientel in allen elf Bundesländern zugrunde, deren Ergebnisse mit Daten und Entwicklungen aus dem Ausland verglichen wurden. Eine solch umfassende Erhebung war niemals vorher und leider auch niemals mehr seither ausgeführt worden.

Die „Enquete“ hat einen erstaunlich breiten Konsens, nicht nur innerhalb des Fachgebietes, sondern auch in Politik und Öffentlichkeit gefunden. Auch im sachverständigen Ausland wurde sie mit großem Interesse und breiter Zustimmung aufgenommen. Diese Einigung auf gemeinsame Grundsätze und Reformvorschläge, ebenso einmalig in der Geschichte eines lange Zeit in „Schulmeinungen“ zerstrittenen Faches, vermittelt auch den Entscheidungsträgern ein Vertrauen, das nicht mehr leichtfertig verspielt werden sollte.

Am 11.10.1979 wurde nach einer, für die Dringlichkeit der Sache langen Beratungsphase von fast vier Jahren der Bericht der Sachverständigenkommission im Deutschen Bundestag diskutiert. Als Fachleute haben wir guten Grund, uns für die fundierte und eindeutig an humanitären Zielen orientierte Diskussion zu bedanken. Fast einmütig haben die Abgeordneten an dem sensiblen Thema bewiesen, daß sie, dem Ernst der Sache dienend, auf Politik als Selbstzweck, daß sie vor allem auf solche ideologische Ziele verzichten können, die jenseits wohlbedachter Rücksicht auf wehrlose Kranke angesiedelt sind. Dies läßt uns hoffen, daß unserem Land die beiden Extreme, einmal der Fortbestand unzumutbarer Verhältnisse, zum anderen kurzfristige Radikalkuren mit bitteren Folgen, erspart bleiben werden.

Man nimmt einen solchen humanitären Reformwillen des Gesetzgebers in der Psychiatrie heute schon deshalb mit besonderer Dankbarkeit auf, weil es mit guten Absichten begonnene, aber tragisch verlaufene Gegenbeispiele gibt: Der

kalifornische Versuch, durch ein Gesetz die mittelalterlichen Zustände in den Großanstalten von heute auf morgen zu beenden, ist glücklicherweise abgebrochen und größtenteils in sinnvolle Reformpläne überführt worden. Die Verlagerung der Versorgung auf unzureichend ausgerüstete und fachlich nicht kompetente Gemeindekrankenhäuser hatte das alte Elend nicht ausrotten können, aber einiges Neue dazugeschaffen. Wider solchen Erfahrungen und dem Rat internationaler Experten folgte unser Nachbarland Italien am 13. Mai 1978 mit dem Gesetz Nr. 180, das noch wesentlich radikaler als das kalifornische ist. Man kann es nur mit dem Glauben erklären, die Folgen einer unbeschreiblichen Vernachlässigung der psychiatrischen Anstalten in Italien könnten durch die definitive Abschaffung aller psychiatrischen Krankenhäuser aus der Welt geschafft werden. Weil es aber in den staatlichen italienischen Anstalten zwar viele „Fehlplacierte“, die nicht entlassen werden konnten, weil sie weder Familie noch Arbeit noch Wohnung hatten, aber auch eine große Zahl wirklich Kranker und Behinderter gab, wird das Elend auf diesem Wege auch nicht einfach verschwinden. Vorbeugung, Behandlung und Rehabilitation psychischer Erkrankungen sind ohne ein gegliedertes System von krankheits- und behinderungsadäquaten Hilfen kaum möglich. Dieses System aufzubauen oder zu verbessern, wird mit dem Verbot von Krankenhäusern und Fachabteilungen für Psychiatrie und mit der Überbürdung der stationären Versorgung auf fachfremde Einrichtungen nicht erleichtert. Es verlangt im Gegenteil mehr Wissen, humanitäre Motivation, bessere Ausbildung und gute Ausbildungsstätten.

Die Stellungnahmen des Bundes und der Länder zum Enquete-Bericht haben deutlich gemacht, daß sich seit dem Abschluß der Enquete in der psychiatrischen Versorgung der deutschen Bevölkerung einiges verbessert hat. Unbeantwortet blieb jedoch bisher, in welchem Umfang die wichtigsten Forderungen des Berichtes, etwa die Verbesserung der Situation in den psychiatrischen Krankenhäusern, die Integration der Psychiatrie in die Allgemeine Medizin und die Entwicklung einer gemeindenahen Versorgung, bis heute verwirklicht werden konnten. Im wesentlichen unbeantwortet sind auch Fragen nach der Praktikabilität der Vorschläge und nach den Erfolgen oder Mißerfolgen, die bei ihrer Verwirklichung bisher erzielt wurden. Sechseinhalb Jahre nach der Haupterhebung und vier Jahre nach der Überreichung des Berichtes ist es nun an der Zeit, genauer zu fragen, wo wir heute stehen. Einen Beitrag dazu im Rahmen des derzeit verfügbaren Wissens zu leisten, war die Absicht, die mit der Durchführung dieser Tagung verfolgt wurde.

Nur eine sorgfältige Analyse der bisher zurückgelegten Entwicklungsschritte kann auch die Voraussetzungen für einen sinnvollen Fortgang von Planung und Reform gewährleisten. Aus der Sicht der Sachverständigenkommission ist zu bedauern, daß Bund und Länder, von regionalen Einrichtungen abgesehen, bislang noch keinen befriedigenden Weg gefunden haben, eine wissenschaftliche Begleitung der Reformmaßnahmen mit dieser Zielsetzung in die Wege zu leiten.

Es ist naturgemäß unmöglich, die Verwirklichung auch nur derjenigen im Be-

richt der Sachverständigenkommission formulierten Empfehlungen zur Diskussion zu stellen, zu denen neuere Erhebungen oder Untersuchungen vorliegen oder wenigstens aus Anlaß der Tagung durchführbar gewesen wären. Wir haben uns deshalb auf wenige Fragenkreise beschränkt, Fragenkreise, von denen wir annehmen, daß die dort eingetretenen Veränderungen und der dort angefallene Wissenszuwachs Licht auf wesentliche Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung seit der Verabschiedung des Berichtes werfen.

Zu diesen Themen zählt an erster Stelle die Entwicklung und wohl auch die Zukunft der psychiatrischen Landeskrankenhäuser, weshalb auch die Weltgesundheitsorganisation Ende 1978 eine Expertentagung darüber am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim durchführte. Die Empfehlungen, die auf dieser Tagung verabschiedet wurden\*), gehen nur in wenigen Punkten über die entsprechenden Vorschläge der deutschen Sachverständigenkommission hinaus, mit denen sie sonst weitgehend übereinstimmen. Die Bearbeitung des Themas für unsere Tagung hat Professor Dr. F. Reimer, Direktor des Landeskrankenhauses Weinsberg, übernommen. Er kann seinen Bericht vor dem Hintergrund persönlicher Erfahrung erfolgreichen Wandels, aber auch aus der Kenntnis unveränderter Schwierigkeiten in der Arbeit der Landeskrankenhäuser geben.

Ein eng damit verbundenes Problemgebiet ist die Situation psychisch Behinderter und chronisch Kranker in Heimen. Es ist einesteils aus den grundsätzlich erwünschten Entlassungsbemühungen der psychiatrischen Krankenhäuser hervorgegangen. Diese brachten vielen chronisch Kranken, die oft gerade mangels alternativer Einrichtungen seit vielen Jahren im Krankenhaus untergebracht waren, den Weg nach draußen. Andererseits kamen die Schwierigkeiten durch das ungezügelter und ungeordnetes Wachstum von Heimkapazitäten zustande. Manchem privaten Träger fehlte es an Kenntnis und Erfahrung und vor allem an ausgebildetem Personal für die Aufgaben, die er sich aufgebürdet hatte. Dr. H. Kunze wird seinen Bericht auf der Basis einer sorgfältig durchgeführten Untersuchung einer repräsentativen Gruppe solcher Heime und ihrer Bewohner geben. Mit der Verlagerung der chronisch Kranken aus den ehemaligen „Heil- und Pflegeanstalten“<sup>1)</sup> in komplementäre Einrichtungen wird sich auch die Frage nach Nutzen und Folgen einer Preisgabe von sozialen und Pflegeaufgaben und der damit verbundenen „Klinifizierung“ der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser stellen.

Gleichzeitig mit der Verbesserung der Situation in den Landeskrankenhäusern und mit dem Wandel ihrer Funktion sollte nach den Empfehlungen der Sachverständigenkommission der Aufbau der gemeindenahen Versorgung einhergehen. Es war im grundsätzlichen immer gesehen worden, daß ein solch komplexer Prozeß, der beispielsweise mit einem verstärkten Angebot an Beratungsdiensten, ambulanter Behandlung und Krisenintervention einherzugehen hatte, auch zu Rückwirkungen auf das Versorgungssystem als Ganzes führen mußte. Ob es dabei im wesentlichen Umfang zur Versorgung unbekannter oder gar zur Stimulation unnötiger Bedürfnisse kommen werde, blieb ebenso unge-

wiß wie die Frage, wieviele psychiatrische Betten nach vollendetem Ausbau komplementärer Einrichtungen noch nötig wären und wieviele chronisch Kranke überhaupt noch langfristig krankenhausbefürftig wären.

Das Fehlen von Ergebnissen wissenschaftlicher Begleitung solcher Veränderungsprozesse ist deshalb von der Sachverständigenkommission ausdrücklich beklagt und von der Weltgesundheitsorganisation zum Anstoß von Forschungsprojekten genommen worden. Der Beitrag, den J. Klug gemeinsam mit mir dazu erarbeitet hat, analysiert erstmals auf epidemiologischer Basis Ergebnisse eines solchen Projektes in der Bundesrepublik. Wenn damit die Veränderungen in der Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste, des Bedarfs an kurz-, mittel- und langfristig belegten psychiatrischen Betten während 52 Monaten des Aufbaus gemeindenaher Psychiatrie deutlich werden, so können einige Auswirkungen der Verwirklichung von Empfehlungen der Sachverständigenkommission besser eingeschätzt werden. Vielleicht wird damit auch ein kleines Licht in das Dunkel psychiatrischer Krankenhausplanung geworfen.

Den schwierigen Bericht über die Entwicklung der psychotherapeutischen Versorgung, ein Kapitel, das sich durch seine Bedeutung ebenso auszeichnet wie durch einen elementaren Informationsmangel, hat H. Schepank übernommen. Er kann aus dem ungewöhnlichen Erfahrungshintergrund einer psychosomatischen Klinik sprechen, die nicht nur der Lehre und Forschung dient, sondern auch an der gemeindenahen Versorgung teil hat.

Die beiden Referate des Nachmittags sind nicht mehr der Analyse von Entwicklungen des Versorgungssystems gewidmet. Sie greifen vielmehr ungelöste Grundsatzprobleme auf, die im Sachverständigenbericht ausdrücklich angesprochen worden waren. Qualität und Kosten der Versorgung hängen von den Fortschritten in der Lösung dieser Fragen wesentlich ab.

Es geht hier erstens um die außerordentliche Vielfalt psychischer Behandlungsverfahren, die kürzlich als „Psychoboom“ angesprochen, den hilfeschenden psychisch Kranken verwirren. Der Bericht der Sachverständigenkommission hatte bereits auf Untersuchungsergebnisse hingewiesen, die vermehrte psychische Zusammenbrüche und Krankheitsrückfälle bei bestimmten, hochintensiven Gruppentechniken nachwiesen. Andererseits sind die bewährten Verfahren der Psychotherapie in den letzten Jahren um eine beachtliche Zahl neuer erweitert worden. Diese bieten Hilfe auch bei einer Reihe schwerer Störungen, so etwa bei bestimmten Verhaltensabweichungen bei geistiger Behinderung, bei Schizophrenie oder bei Zwangs- und Angstneurosen. U. Baumann, der von Ausbildung und Forschungserfahrung her Psychologie und Psychiatrie verbindet, wird versuchen, den durchaus noch unbefriedigenden Stand unseres Wissens zu diesem Thema kritisch zu analysieren.

Das zweite wichtige Problem ist eine Grenze zwischen behandlungsbedürftigen Krankheiten oder krankheitswertigen psychischen Störungen einerseits und Krisen und Problemen des normalen Lebens, die einer Therapie nicht bedürfen, andererseits zu ziehen.

H. Katschnig hat mit diesem Referat ein zentrales, wenn nicht überhaupt das wichtigste Thema dieser Tagung übernommen.

Wir sind uns nach dem Ausgriff der gemeindenahen Psychiatrie in den Lebensraum unserer Kranken, nach dem Vorstoß in Krisenintervention und Nachsorge, bewußt, daß wir uns von neuem um klare Grenzen unserer Verantwortung bemühen müssen. Weder darf dem Gesundheitswesen und der Solidargemeinschaft der Versicherten die Last für geringfügige Risiken und Belastungen des persönlichen Lebensschicksals aufgebürdet werden, noch dürfen die Selbstheilpotentiale einer lebendigen Gemeinschaft durch erzwungene Professionalisierung ausgehöhlt werden. Katschnigs Forschungserfahrung auf dem Gebiet der Folgen belastender Lebensereignisse und seine praktische Erfahrung in der sozialpsychiatrischen Krisenintervention in Wien gewährleistet, daß er dieses Thema kompetent und ausgewogen behandeln wird.

Das Rundtischgespräch, das den Vorträgen folgen wird, vereint mit Herrn Senator Brückner und Herrn Abgeordneten Ricard besonders sachkundige Repräsentanten der Legislative und der Regierung, mit dem Fachreferenten eines Landes (Boroffka) und einer Kommune (Bürgermeister Dr. Martini) und uns Psychiatern (Kulenkampff und Hafner\*\*) die Vertreter derjenigen Gruppen oder Funktionsträger, in deren Hände die Verwirklichung der Empfehlungen gelegen ist. Ziel des Gesprächs ist, Nutzenanwendung für den Raum von Politik und Exekutive zu ziehen und Rückmeldungen von dort für die Psychiatrie entgegenzunehmen. Die Leitung des Gesprächs haben wir in die Hand eines gewissermaßen neutralen Sachkenners gegeben: Dr. Rainer Flöhl (Wissenschaftsredakteur der Frankfurter Allgemeinen Zeitung). Er hat als einer der ersten Fachjournalisten in der Bundesrepublik über die Situation der psychisch Kranken und bis heute immer wieder über Forschungsergebnisse aus diesem Fach berichtet. Die Voraussetzungen, daß dieses Gespräch Brücken schlagen könnte zum Nutzen eines erfolgreichen Fortgangs der Reformen, sind also günstig.

Regional Office for Europe, World Health Organization: The Future of Mental Hospitals. Report on a Working Group, Mannheim, 2. -5. November 1976. Copenhagen: ICP/MNH O19 II, 1978.

C. Kulenkampff: ehemaliger Vorsitzender der Sachverständigenkommission Psychiatrie. H. Hafner: ehemaliger stellvertretender Vorsitzender der Sachverständigenkommission Psychiatrie.

# Planung und Aufbau psychiatrischer Abteilungen und gemeindenaher Fachkrankenhäuser seit der Enquete-Erhebung (30. 5. 1973).

*H. Hafner*

Ein zentraler Punkt der Empfehlungen der Sachverständigenkommission war die Integration der Psychiatrie in die Allgemeine Medizin. Für die Verwirklichung dieser Empfehlungen ist die Präsenz einer psychiatrischen Abteilung im Konzert der anderen medizinischen Abteilungen eines Allgemeinen Krankenhauses unabdingbar. Die psychiatrische Abteilung im Allgemeinkrankenhaus ist nicht nur Voraussetzung zum Abbau der Sonderstellung der stationären psychiatrischen Versorgung. Sie gewährleistet auch dem psychisch Kranken bei gleichzeitig bestehenden körperlichen Leiden eine Mitbehandlung durch andere medizinische Disziplinen und dem körperlich Kranken eine psychiatrische Therapie auf jeweils hohem Standard. Wahrscheinlich wird nur die Integration der Psychiatrie in die übrige Medizin auf Dauer diejenige Herausforderung gewährleisten, die das Fach zum Schritthalten im qualitativen Standard von Therapie und Forschung mit den übrigen Fächern der Medizin zwingt.

Zur Zeit der Erhebungen der Sachverständigenkommission gab es 44 solcher Abteilungen in der Bundesrepublik, wovon 50 % in Nordrhein-Westfalen standen. Sie verfügten über 3.164 Betten-im Durchschnitt 72 Betten pro Abteilung - gegenüber rund 99.000 Betten in Fachkrankenhäusern für Psychiatrie. Trotzdem behandelten sie 1972 ein Sechstel aller stationär versorgten psychisch Kranken, weil sie je Bett 10,5 Aufnahmen im Jahr, verglichen mit damals 1,7 in den Fachkrankenhäusern, leisteten.

Leider sind seit den Erhebungsergebnissen von 1973 keinerlei neuere Daten auf Bundesebene mehr bekannt geworden, so daß wir derzeit nicht wissen, ob diese wichtige Empfehlung aufgenommen wurde und wieviele psychiatrische Abteilungen welcher Größe seither aufgebaut oder geplant wurden. Da uns eine Bestandsaufnahme der Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung seit der Enquete ohne diese wichtige Information unvertretbar erschien, haben wir mit Unterstützung der AKTION PSYCHISCH KRANKE, unter intensiver Mitarbeit von E.-M. von Watzdorf, eine Blitzumfrage durchgeführt: Wir fragten nach allen, seit dem 30. 5. 1973 in Betrieb genommenen oder geplanten psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen und über einige Details dazu, wie Standort, Trägerschaft, Verbindung mit einem Allgemeinkrankenhaus, Bettenzahl, Betten in geschlossenen Stationen usw.

Die Umfrage richtete sich

1. an alle kreisfreien Städte und Landkreise.

Wir erhielten aus diesen Quellen 400 von 698 versandten Fragebögen zurück.

Auf 55 Bögen waren Einrichtungen der von uns gesuchten Art angegeben worden. Um Fehlerquote und Nichtbeantwortungsrate möglichst klein zu halten, fragten wir

2. die Psychiatriereferenten der Länder.

Wir erhielten Antworten aus fünf Ländern, wovon vier - Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein - brauchbar waren. Aus den 64 eingegangenen Fragebögen enthielten 52 Angaben der von uns gesuchten Art.

3. haben wir die Träger der psychiatrischen Krankenhäuser ebenfalls mit dem Ziel der Vervollständigung unserer Erhebungen parallel angeschrieben. Hier war die Antwortquote am dürftigsten. Nur vom Bezirk Oberfranken und den Landschaftsverbänden Rheinland und Westfalen-Lippe erhielten wir insgesamt 43 ausgefüllte Bögen, wovon 20 positive Meldungen enthielten.

Die synoptische Auswertung ergab, daß insgesamt 88 stationäre psychiatrische Einrichtungen entweder seit 1973 entstanden oder in Planung sind.

Die folgende Tabelle zeigt, was seit dem 30. Mai 1973 (Stichtag der Enquete-Erhebung) hinzugekommen ist\*).

Tabelle 1

*Seit 30. 5. 1973 inbetriebgenommene und geplante Fachkrankenhäuser und Abteilungen für Psychiatrie\*)*

	selbständige Fachkrankenhäuser	Abteilungen an Allgemein- krankenhäusern	Tageskliniken	Nachtkliniken
Bestand 1973	130	44	4	?
Seit 1973 bis 31. 8. 1979 inbetrieb- genommen	19	17	13	11
Geplant	16	30	14	4

\*) ca. 60 bis 80 % Ausschöpfungsgrad - ähnlich der Enqueteerhebung

Außerdem wurden 20 weitere Einrichtungen, wie Frühberatungszentren und dergleichen, genannt, die im Rahmen der Erhebung nicht klassifizierbar oder nicht ausreichend beschrieben waren.

Dieses Ergebnis ist zwar von den langen Fristen der Planungsverfahren stark beeinflusst. Dennoch vermittelt es im Hinblick auf das ungünstige Verhältnis von inbetriebgenommenen, aber auch von geplanten selbständigen Fachkrankenhäusern für Psychiatrie zu psychiatrischen Abteilungen als Bestandteil von Allgemeinkrankenhäusern kein gutes Bild.

Von 1973 bis zur Gegenwart erfolgte ein Rückgang der in Fachkrankenhäusern vorgehaltenen und belegten Betten um durchschnittlich ca. 5 bis 11 %; exakte Daten liegen darüber nur bis 1976 vor\*<sup>1</sup>). Das heißt, daß derzeit weniger als 5 % aller psychiatrischen Betten - ohne Berücksichtigung der Kurkliniken - an Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern vorgehalten werden. Mit den geplanten könnten es bis 1990 vielleicht bescheidene 7 % werden. Das ist ein unsinnig niedriger Anteil, mit dem man gemeindenahere Psychiatrie in diesem Lande nicht in zureichendem Umfang verwirklichen und schon gar nicht die Rückkehr der Psychiatrie in die Allgemeinmedizin ernstlich erhoffen kann. Auch der internationale Vergleich zeigt, daß einige europäische Länder wesentlich höhere Anteile von psychiatrischen Betten in Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern hatten; beispielsweise Irland und Rumänien über 20 %, Ungarn und Jugoslawien mehr als 30 %\*<sup>2</sup>).

Tabelle 2

*Seit 30. 5. 1973 inbetriebgenommene oder geplante Betten In Psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen*

		selbständige Fachkrankenhäuser	Abteil. an Allgemein- krankenhäusern	insges. betriebene psychiatrische Betten (ohne Kurkliniken und Universitäts- kliniken)
betr. Betten	am 30. 5. 1973	98.757	3.164	Σ 101.921
inbetrieb- genommen	von 1973 bis 1979	2.020	1.160	Σ 3.180
derzeit betriebene Betten in Psychiatrischen Abtig. an Allgemein- krankenhäusern			Σ 4.324	
1979 im Planungsstadium		1.701	3.429	Σ 5.130

Die Durchschnittsgröße der inbetriebgenommenen neuen Fachkrankenhäuser liegt bei 106 Betten, der neuen Abteilungen bei 68 Betten. Bedauerlicherweise sind seit der Enquete noch drei Großkrankenhäuser-eines in Baden-Württemberg, zwei in Nordrhein-Westfalen - in Betrieb genommen worden. Sie waren längst vor der Veröffentlichung der Enquete geplant und konnten nur noch verkleinert, reformiert, aber nicht mehr verhindert werden. Geplant sind glücklicherweise keine mehr.

Die durchschnittliche Kapazität der geplanten Krankenhäuser liegt bei 106 und die der geplanten Abteilungen bei 114 Betten. Dies läuft auf eine sinnvolle Dimensionierung hinaus. Funktionell aber scheinen beträchtliche Mängel nicht selten zu sein. So sehen 43 der inbetriebgenommenen oder geplanten Krankenhäuser keine geschlossene Station vor, sind also nicht in der Lage, Akutkranke mit schweren Verhaltensstörungen, Selbst- oder Fremdgefährdung aufzunehmen. Die räumliche Verbindung zu einem Allgemeinkrankenhaus, ein ebenso zentraler Punkt, ist in 36 der neuen Einrichtungen nicht vorhanden oder vorgesehen. Dieser zuletzt genannte Mangel ist gravierend, weil er der Integration in die Medizin meist ernsthaft im Wege steht und in der Regel nicht behebbar ist. Das ist eine knappe, nur wenig ermutigende Bilanz, gezogen aus einer gleichsam über Nacht durchgeführten Vorauswertung unserer Erhebungen.

### *Die Bedeutung der wissenschaftlichen Begleitung von Versorgung*

Lassen Sie mich mit einer letzten Bemerkung zum Schluß kommen: Wir befinden uns hier in einem Institut, das die Aufgabe der Versorgung zugleich mit der Pflicht zur wissenschaftlichen Begleitung des praktischen Handelns und zur Forschung überhaupt übertragen bekam. Wir glauben deshalb auch, berechtigt zu sein, für die Bedeutung der Forschung in der Psychiatrie eintreten zu müssen. Wenn man den Zustand, die Qualität und die Veränderungen der Versorgung psychisch Kranker nicht nur an Eindrücken und subjektiven Meinungen, sondern an Fakten messen will, dann sind zuverlässige Datenerhebung und gute Forschung unerlässlich. Aus Gründen, die wohl nur teilweise rational begründbar sind, nimmt der offene, aber auch der unausgesprochene Widerstand gegen anspruchsvolle Forschung und Forschungsförderung in jüngster Zeit deutlich zu. In der FAZ vom 5. 11. 1979 war beispielsweise ein Bericht veröffentlicht worden, der sich auf das Meinungsbild der Teilnehmer einer Tagung der „Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie“ in Freiburg berief. Ob dies wirklich die Mehrheitsmeinung war, vermag der Nichtteilnehmer natürlich nicht zu beurteilen. Jedenfalls war da zu lesen, daß Datensammeln zu Forschungszwecken den Therapeuten keinen unmittelbaren Nutzen bringe und ihnen Zeit nähme, die sie in therapeutische Aktivitäten umsetzen könnten. Es war sogar erwähnt, daß derlei Tätigkeit in das Vertrauensverhältnis zum Patienten einbrechen und Krankheit erzeugen könne.

Wir wollen einmal die Spekulation, was alles psychische Krankheit erzeugen soll, auf sich beruhen lassen. Wir müssen zudem nachdrücklich verlangen, daß

bei der Datensammlung der Vertrauensschutz unserer Patienten mit größter Korrektheit gewahrt bleibt. Aber quantitative Daten, die keinen Bezug zur Person haben, wie sie zur Untersuchung von Behandlungsverfahren, Krankheits-oder Versorgungsindikatoren notwendig sind, brechen kein Vertrauen. Forschung ist, daran muß in der Psychiatrie leider immer wieder neu erinnert werden, die entscheidende Voraussetzung für die Verbesserung der Qualität von Behandlung, von Versorgungseinrichtungen und Versorgungssystemen. Mit Forschungsfeindlichkeit, mit blindem Aktionismus des Behandelnden und des Planenden ist niemandem gedient. Damit wird nur die Willkür des Handelns, die Unvorhersehbarkeit des Erfolgs und natürlich auch die objektive und subjektive Unsicherheit der Betroffenen, also auch des psychisch Kranken, vergrößert. Das aber kann und darf unser Ziel nicht sein. Aufgabe der Forschung auf diesem Gebiet ist vielmehr, etwas mehr Licht in Prozesse zu bringen, die mit dem Wandel, mit der Reform der Versorgung psychisch Kranker ablaufen, um vielleicht einiges erkennbar zum Nutzen der Kranken zu verbessern.

\*) Trotz der synoptischen Auswertung unserer Umfrage muß nachdrücklich betont werden, daß die Daten nicht vollständig sind. Die Mehrebenenbefragung läßt eine exakte Ermittlung der nicht beantworteten Fragebögen nicht zu. Wir können nur zwei Aussagen dazu machen:

1. Das Land Berlin hat als einziges auf keiner Ebene geantwortet.
2. Diejenigen Kreise oder kreisfreien Städte, aus denen auf keinem Wege Information zufloß, liegen bei etwa einem Drittel, wobei allerdings zu vermuten ist, daß es sich häufiger um solche handeln dürfte, die keine Einrichtung der gesuchten Art eröffnet oder geplant haben.

\*)<sup>1</sup> Die Erhebungen von Reimer - vgl. Seite 26 dieses Bandes - ergaben bei 34 von insgesamt 80 angeschriebenen psychiatrischen Landeskrankenhäusern eine durchschnittliche Verminderung der belegten Betten von 11 % zwischen 1973 und 1979.

\*)<sup>2</sup> Vgl. A. R. May, Mental Health Service in Europe. A review of data collected in response to a WHO questionnaire.  
Geneva: World Health Organization 1976.

# Die Situation der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser nach Abschluß der Psychiatrie-Enquete\*)

*F. Reimer*

Als Abgesandter von der Psychiatriefront stehe ich vor Ihnen, die Sie in der Gesundheitspolitik und in der klinischen Psychiatrie zu entscheiden haben. Sie sind letztlich dafür verantwortlich, was hier und in der Bundesrepublik heute passiert, und ich schätze mich glücklich, vor Ihnen sprechen zu können.

Um bei dem Frontbeispiel zu bleiben: Die Situation, meine Damen und Herren, ist verzweifelt, aber nicht hoffnungslos. Wir kämpfen mit dem Rücken zur Wand in einer Zeit, in der uns die Enquete eigentlich beflügeln müßte, die Probleme unserer Krankenhäuser hinwegzufegen. In einer Zeit, die unseren Kranken aufgeschlossen erscheint und ihnen wenigstens einen Standard beschere müßte, der dem entspricht, als unsere Krankenhäuser gegründet wurden.

Diese Forderung ist längst nicht so absurd, wie sie sich anhört. Zum Zeitpunkt der Gründung der meisten psychiatrischen Anstalten ging es den Patienten sehr viel besser als vorher in ihren Familien und ihrer Umgebung. Sie waren seinerzeit hervorragend, bei uns untergebracht: Sie hatten Kegelbahn, Schwimmbad, Sportlehrer waren eingestellt und das Patienten-Personal-Verhältnis war günstiger als heute.

Wir wollen uns auch gar nicht darüber beschweren, daß es immer noch Krankenhäuser gibt mit dreißig Betten in Sälen mit überwiegend unausgebildetem Personal, wenigen Ärzten, Sozialarbeitern oder Psychologen. Krankenhäuser, die —wie wir aus Bayern eben erfahren— zu Sammelaktionen gebrauchter Kleider für ihre Kranken aufrufen, die die sogenannte brutale Realität, wie wir diesen Sachverhalt in der Enquete genannt haben, noch voll zu spüren bekommen.

Sicherlich, wir haben es hier in Baden-Württemberg in mancher Hinsicht besser als in anderen Bundesländern, und ich darf mich bei Ihnen, sehr verehrte Frau Minister, auch im Namen der Patienten dafür herzlich bedanken.

Wir, die wir diese brutale Realität überwunden haben, wollen uns aber nicht bedanken bei den Krankenhausträgern oder bei den Kassen oder dem Steuerzahler, daß es unseren Patienten so geht, daß man deren Situation mit der Menschenwürde vereinbaren kann.

Wir wollen uns auch nicht bedanken dafür, daß viel Geld in die Krankenhausbauten gesteckt worden ist und die Personalsituation sich in einigen Bundesländern verbesserte.

Wir wollen vielmehr darauf aufmerksam machen, daß die Entfernung der deut-

sehen Psychiatrie von dem, was man fordern muß, so groß ist wie eh und je. Wir wollen darauf hinweisen, daß die Situation sich seit der Abfassung der Enquete im Grunde genommen nicht gebessert hat und wir wollen darauf hinweisen, daß sich der Abstand der klinischen Psychiatrie zur übrigen Medizin in keiner Weise verringert hat.

Nach wie vor sind wir die letzten in unserem Gesundheitssystem. Nach wie vor sind wir diejenigen, die für all jene zuständig sind, die kein anderer haben will. Das allein ist es nicht, was uns in Harnisch bringt. Wir wehren uns nur dagegen, daß wir für diese Aufgabe, Schwerkranke, problematische und prognostisch ungünstige Kranke zu behandeln, nicht entsprechend ausgerüstet sind.

Nehmen wir den Fall eines Alkoholkranken:

Ist dieser weiblichen Geschlechts, Student, gut versichert, mit intakter Familie und motiviert zu einer Behandlung, kommt er nicht zu uns: Er kommt in eine Heilstätte mit einem Personal-Patienten-Schlüssel von 1:1; eine Einrichtung, die lange Wartefristen hat und formale Voraussetzungen für die Aufnahme des Kranken in Hülle und Fülle zu bieten hat. Nämlich:

- schriftliche Bewerbung mit Lebenslauf und Suchtkarriere
- Kostenanerkennnis durch Krankenkasse, Sozialamt oder Rentenversicherung
- ärztliche Bescheinigung über notwendige Entgiftung, Notwendigkeit einer Langzeittherapie, Nichtvorhandensein von ansteckenden Krankheiten, erfolgte Zahnsanierung und Sozialbericht u. v. a.

Wer zu uns kommt, kommt ohne Einweisung, meistens nachts, betrunken, verdreht, zehn Tage nach einer Entlassung aus dem Knast, ohne Angehörige und ohne Anmeldung. Aber an uns werden die gleichen Forderungen gestellt wie an die Heilstätten. Wir sollen diese Kranken möglichst in der gleichen Zeit gesund machen, und die Verwunderung ist groß, wenn wir das nicht immer können.

Trotz dieser prinzipiellen und uralten Schwierigkeiten haben sich noch verschiedene neue Probleme ergeben, die zur Zeit der Abgabe der Enquete nicht bestanden, nämlich:

1. In den meisten Ländern sind Krankenhausgesetze oder Verordnungen verabschiedet worden, die in die Struktur der Krankenhäuser entscheidend eingreifen. Gerade in einer Zeit, in der quasi revolutionäre Entscheidungen und Änderungen in unseren Krankenhäusern erfolgen müßten, wurde die Verantwortlichkeit verteilt, ein Eingriff, der den Reformprozeß erschweren mußte.
2. Durch Bundesgesetz wurden die Krankenhäuser zu Eigenbetrieben, ohne daß diese Krankenhäuser aus dem Reglement der Träger entlassen wurden. Sie haben einerseits die Nachteile der bisherigen Regelung ohne die Vorteile der neuen. Nachteile bestehen darin, daß wir uns jetzt nicht nur mit

dem Krankenhausträger herumzustreiten haben, sondern auch mit den Kostenträgern, den Kassen.

3. Wir haben es mit einer sensibilisierten, aber falsch informierten Öffentlichkeit zu tun, die einerseits die armen Kranken bedauert, die angeblich ungegerechtfertigterweise in unseren Krankenhäusern eingesperrt werden, andererseits aufbraust, weil Kranke vorzeitig entlassen werden, die eigentlich eingeschlossen gehörten: ein uralter Vorwurf. Angeregt durch das Beispiel Italien, stellt die junge Generation die Existenz dieser Krankenhäuser schlechthin in Frage.
4. Infolge der Enquete haben einige Länder besonders große Fortschritte in der Etablierung neuer klinischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern gemacht, die selbstverständlich - und wie nicht anders zu erwarten und von uns immer wieder darauf hingewiesen - sich der Akutkranken annehmen und die chronisch Kranken nach wie vor weiter in die Psychiatrischen Krankenhäuser abschieben.

Die Situation ist deswegen für uns bedrohlich, weil diese kleinen Abteilungen eine Sogwirkung auf Mitarbeiter und Personal ausüben und den Kern der Schwerkranken nicht mitbehandeln.

Eine von uns veröffentlichte Untersuchung dieser Abteilungen ergab übrigens, daß von den insgesamt 52\*\*) Krankenabteilungen, die es jetzt in der Bundesrepublik gibt, sich nur fünf zu einer Gesamtversorgung wenigstens verbal bekannt haben und relativ wenig selektieren, jedoch gibt es z. Z. keine einzige Abteilung, die alle Kranken eines definierten Einzugsgebietes aufnehmen kann oder will.

5. Schließlich sind die Mittel und Maßnahmen der Träger unserer Kliniken an den wahren Bedürfnissen der Versorgung bisher teilweise vorbeigegangen. Als Beispiel erwähne ich die ungeklärte Kostensituation der von uns dringend benötigten Nachsorgeeinrichtungen einerseits und andererseits die Fehlinvestition in den sogenannten Sozialzentren. Viele Psychiatrische Krankenhäuser haben jetzt Schwimmbäder, aber deren Gettosituation hat sich dadurch zweifellos verstärkt.

Einige PLK haben sich teure Computertomographen angeschafft, schämen sich aber nicht, ihre chronisch Kranken wie früher wie Bettler und Hausierer herumlaufen zu lassen.

6. Völlig unbegreiflich haben einige Länder den Personalstand analog der Bettenreduzierung vermindert, so, als ob die Arbeit in einem Krankenhaus mit der Bettenzahl zusammenhinge und nicht mit dem Durchgang und dem therapeutischen Impetus.

Einen Niederschlag findet diese Entwicklung - richtiger gesagt Stagnation - in der wachsenden Unbeliebtheit unserer Einrichtungen. Trotz der sogenannten Ärzteschwemme und der Vormerklisten von Ärzten in allen übrigen Kranken-

häusern ist noch ein empfindlicher Ärztemangel in den verschiedenen psychiatrischen Krankenhäusern festzustellen. Das renommierte Gütersloh hatte sogar Mühe, einen Nachfolger für den ausgeschiedenen Chefarzt zu finden, Gleichzeitig bewarben sich aber um die Chefarztstellen an Allgemeinkrankenhäusern mindestens zwanzig profilierte Kollegen.

Es ist unter diesem Aspekt ein kleines Wunder, daß sich trotzdem einiges getan hat, was man mit Fortschritt bezeichnen kann:

Ein von uns entworfener Fragebogen wurde an achtzig Psychiatrische Landeskrankenhäuser, die eine Aufnahmeverpflichtung haben, verschickt.

Reaktionen auf diesen Fragebogen erhielten wir in vierzig Fällen, vierunddreißig Fragebogen konnten ausgewertet werden, zwei Kliniken entschuldigten sich wegen Arbeitsüberlastung bzw. mangelnder Statistik im Hause.

Gefragt wurde nach Vergleichszahlen zwischen 1973 und 1979. Danach hat die Bettenzahl um 11 % abgenommen, die Aufnahmen sind um 20 % gestiegen.

Zwei Drittel der Krankenhäuser haben eine Abteilungsgliederung vorgenommen.

Die Nachtlinik-Betten sind im Rückgang begriffen, während Tagklinik- und Übergangwohnheim-Zahlen sich verdreifacht haben. Die Geschlechtermischung des Pflegepersonals auf den Stationen hat von 9 auf 42 % zugenommen, auch die Mischung der Patienten von 8 auf 11 %.

Geöffnet waren 25 % der Stationen, jetzt sind es 38 %.

In mehr als Drei-Bett-Zimmern lagen 1973 61 % der Patienten, jetzt sind es nur noch 46 %.

Nachttischlampen hatten 1973 21 % der Patienten, jetzt sind es immerhin beschämende 27 %.

Der Anteil der freiwilligen Behandlungen ist von 55 % auf 63 % gestiegen.

Die ärztliche, psychologische oder sozialmedizinische Betreuung anderer Institutionen, also z. B. der Heime oder der Gesundheitsämter, nahm um 31 % zu.

Die Anzahl der von Laien betreuten Patienten hat sich von 663 im Jahre 1973 auf 1.700 im Jahre 1978 erhöht. Eine Ambulanz, bzw. die Möglichkeit zu ambulanter Behandlung bestand 1973 in sechs, 1978 in zwölf der befragten Krankenhäuser.

Konsiliardienste gab es 18, jetzt 23 an den verschiedenen Krankenhäusern.

Der Kostensatz belief sich 1973 auf durchschnittlich 46,13 DM; 1978 auf durchschnittlich 82,97 DM.

Die Spannweite der Pflegekostensätze für Behandlungsfälle lag 1973 zwischen 24,- und 104,- DM und 1978 zwischen 48,- und 146,- DM.

Für Pflegefälle stieg der Tagessatz von 24,70 DM bzw. 58,- DM auf 50 30 bzw 90 - DM.

Die personelle Ausstattung mit Ärzten hat im Vergleichsraum um 24 % zugenommen, die der Psychologen um 105 %, die der Sozialarbeiter um 95 %, die des Pflegepersonals um 12 %, der Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten um 55 %. Die Zahl der Verwaltungsangestellten hat unbegreiflicherweise von 768 auf 852 zugenommen: Das entspricht einer Steigerung von 11 %.

So stolz diese Zahlen auch sind, so sind die absoluten Zahlen relativ niedrig, z. B. gab es 1978 in den vierunddreißig Landeskrankenhäusern mit insgesamt 33.952 Patienten nur 203 Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten. In diesen Zahlen schlägt sich nur zum Teil nieder, daß es große Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenhäusern gibt, die nicht nur durch deren geographische Lage zu erklären sind.

Es gibt noch Krankenhäuser, die in einer rigiden kustodialen Art verharren, in denen auch nicht eine Spur von dem passiert, was auch ohne Geld und Mittel, nur durch guten Willen, logisches Denken und minimales Organisationsgeschick erreichbar ist: beispielsweise die Öffnung der Stationen, die Mischung der Geschlechter, die Strukturierung des Tagesablaufes auf den Stationen usw.

Interessant ist aber in diesem Zusammenhang, daß der Versuch durch eine Art freiwillige Selbstkontrolle, z. B. Psychiater des einen Bundeslandes besuchen psychiatrische Institutionen in einem anderen Bundesland und geben Hinweise auf gerade solche praktische Änderungsmöglichkeiten, von den Trägern überwiegend nicht unterstützt wurde.

Schließlich ist diesem Zahlenvergleich nicht zu entnehmen, daß die Entwicklung in einigen Bereichen auch schon vor den ersten Enquete-Zusammenkünften begonnen hatte und weitere Vergleiche gezogen werden müssen.

Meine Damen und Herren: Wir brauchen für unser Reformprogramm nicht nur mehr Mitarbeiter, nicht nur die Hilfe bei dem Aufbau teilstationärer Einrichtungen, nicht nur mehr Mittel für Weiterbildung und Forschung, nicht nur die Möglichkeit, auch im Krankenhaus Rehabilitationsprogramme durchzuführen, nicht nur die Unterstützung unserer Außenfürsorge, der Heimkontrolle, der Clubarbeit, nicht nur eine größere Selbständigkeit, z. B. in der Einstellung von Mitarbeitern, sondern wir brauchen im Grunde die generelle Anerkennung unserer Patienten als Kranke und die Gleichstellung mit anderen Kranken und die Anerkennung unserer Anstalten als Krankenhäuser.

Solange wir der Entwicklung hinterherhinken und uns mühsam von einem kleinen Teilerfolg zum nächsten weiterhangeln müssen und uns von einem Tiefschlag zum nächsten kaum erholen können, solange sind wir alle, die wir diese Zustände letztlich tolerieren, mitverantwortlich für ein großes Unrecht an einem

Teil unserer Mitbürger, die nicht nur schwerkrank, sondern auch behindert und hilflos und ohne unsere Unterstützung einer allgemeinen Willkür ausgeliefert sind.

) Um den eigenen Stil und die aufrüttelnde Unmittelbarkeit dieses Beitrags zu erhalten, haben die Herausgeber die ursprüngliche Vortragsform in Abdruck gebracht.

\*\*) Nach den Erhebungen von HAFNER, in diesem Band niedergelegt, existieren 61 sogenannte psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Auf diese Erhebung wird ausdrücklich hingewiesen.

# Der Aufbau einer gemeindenahen Versorgung in Mannheim - Erste Ergebnisse einer wissenschaftlichen Begleitung

*J. Klug und H. Hafner*

## Einleitung

Bei der Reform der psychiatrischen Versorgung geht es nicht nur um die Umwandlung bestehender Institutionen, sondern auch vor allem um die Schaffung neuer Versorgungsstrukturen.

Der Übergang von der krankenzentrierten zur gegliederten gemeindenahen psychiatrischen Versorgung hat einige für die Praxis und Planung gleich wichtige Fragen aufgeworfen;

1. Wieviel psychiatrische Krankenbetten sind für eine definierte Population nötig, wenn es genügend ambulante Dienste, alternative und komplementäre Einrichtungen gibt?
2. Welche Bedürfnisse nach bestimmten Formen psychiatrischer Versorgung werden in einem extensiven psychiatrischen Gesundheitswesen reduziert?

Um zu einigermaßen verzerrungsfreien Antworten zu kommen, sind Studien auf epidemiologischer Basis erforderlich, die alle Kontakte mit psychiatrischen Diensten einer bestimmten Versorgungsebene aus einer definierten, hinreichend repräsentativen Bevölkerung über einen längeren Zeitraum hin erfassen. Deshalb sind, sieht man von den über zwanzig Jahre laufenden Feldstudien auf Samsø (STRÖMGREN et al., 1979; NIELSEN & NIELSEN, 1979) ab, nahezu alle einschlägigen Untersuchungen in Anlehnung an kumulative Fallregister durchgeführt worden. Hier sind in Parallele zu unserer Untersuchung vor allem die Analysen der Veränderungen in der Inanspruchnahme in Camberwell durch WING, HAILEY et al. (1972) und in Salford durch FRYERS (1979) zu nennen.

Vergleicht man Raten für die Behandlungsprävalenz auf verschiedenen Versorgungsebenen für Camberwell, Salford und Samsø, ergänzt durch die Daten aus Mannheim, so werden Ähnlichkeiten, aber auch große Unterschiede deutlich.

Sieht man von Verschiedenheiten im Versorgungssystem oder der Datenerfassung ab, so gibt es einige Wege und Ursachen, um wesentliche Unterschiede, etwa hinsichtlich der Rate benötigter Betten aufzuklären.

Um die Diskussion um den Gesamtbedarf an psychiatrischen Betten, die Veränderung in der Zusammensetzung der Hospitalisierungsbedürftigkeit und die

Akkumulation von „neuen Langzeitpatienten“ einen kleinen Schritt voranzubringen, haben wir uns entschlossen, eine erste Analyse der Mannheimer Daten vorzulegen. Gegenstand dieser Analyse ist die Veränderung der Inanspruchnahme der stationären Einrichtungen im Netz der übrigen Versorgungsebenen während einer Phase des Aufbaus einer gegliederten gemeindenahen Versorgung in den Jahren 1973 bis 1977.

Am 31. 12. 1973 hatte Mannheim eine Bevölkerung von 326.337, am 31. 12. 1977 von 308.975. Die Prognose für 1990 liegt bei 280.000, was einer Verminderung der zu versorgenden Bevölkerung seit 1973 um ca. 50.000 entspräche.

Kinder, vor allem solche deutscher Nationalität, stellen einen vergleichsweise kleinen Anteil an der Bevölkerung. Auf 2,4 deutsche Vorschulkinder kommt ein Ausländerkind. Darin liegen große Probleme für das Bildungs- und Erziehungssystem, aber auch für die gegenwärtige und zukünftige kinderpsychiatrische Versorgung begründet.

Die Altersgruppe der über 64jährigen wird bei einem Anteil von derzeit 16 bis 18 % bis ins Jahr 2000 keinen erheblichen absoluten, aber einen deutlichen relativen Zuwachs erfahren. Anwachsen wird dagegen die Gruppe der über 75jährigen, hier wieder besonders der Frauen. Damit ist der leicht zunehmende Bedarf an psychiatrischen Einrichtungen vor allem für zugleich körperlich und psychisch Kranke zu erwarten.

### *1. Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Mannheim*

Abbildung 1 zeigt die topographische Lage und Kapazität der wichtigsten Einrichtungen, die Mannheim psychiatrisch versorgen. Sie zeigt auch Anzahl und Kapazität der komplementären Einrichtungen -Tageskliniken, beschützte Heime, Wohngemeinschaften und Werkstätten.

Die Veränderungen der stationären Versorgung während der Untersuchungsphase kommen in den Eröffnungsterminen der Psychiatrischen Klinik des in der Innenstadt gelegenen Zentralinstituts zum Ausdruck.

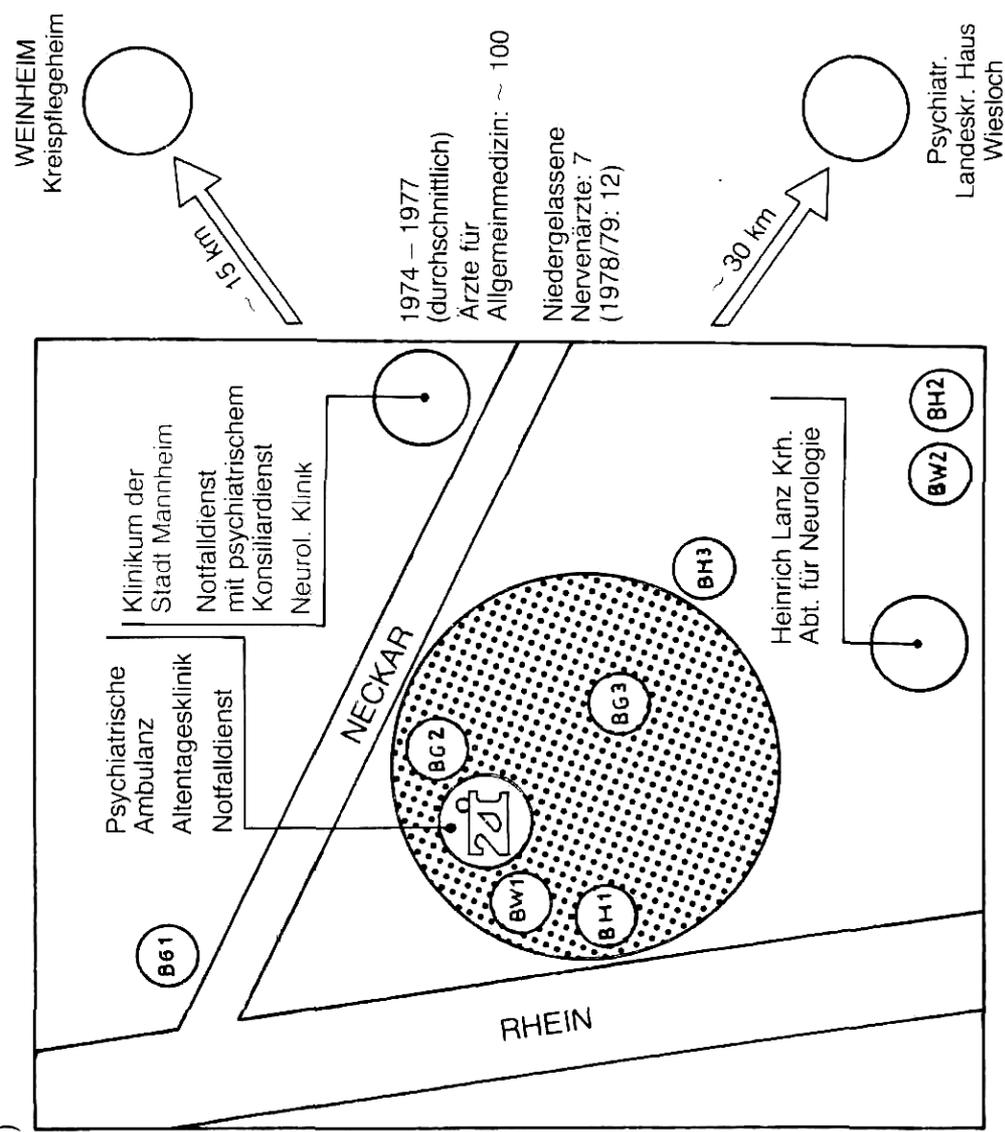
Mit der wachsenden Bettenkapazität der Psychiatrischen Klinik haben auch die seit 1968 tätige Psychiatrische Ambulanz und der 24stündige Psychiatrische Notfall- und Konsiliardienst einen weiteren Kapazitätswachstum. Insgesamt wird deutlich, daß der Ausbau der ambulanten Dienste bereits weit gediehen war, jener der komplementären Einrichtungen 1974 -1977 aber noch in den Anfängen steckte. Wir analysieren deshalb Veränderungsprozesse in einer relativ frühen Phase des bereits wesentlich weiter geplanten Ausbaus eines gegliederten gemeindenahen Versorgungsdienstes.

Die Abbildung 2 zeigt, daß die durchschnittliche Belegung zwischen 1973 und 1977 bei 514 Betten liegt. Bei diesen Zahlen ist eine Einrichtung mitgerechnet, das Kreispflegeheim Weinheim, mit einer durchschnittlichen Belegung von 140 Betten durch Einwohner Mannheims. Dieses Pflegeheim, das mit regionalem Versorgungsauftrag insgesamt 365 Betten vorhält, ist nach deutschem Recht

# Psychiatrische Dienste für die Bevölkerung Mannheims

Abb. 1

Krankenhäuser regional	Betten oder Plätze	Jahr der Eröffnung (wenn nach 1972)
Psychiatr. Landeskr. Haus Wiesloch	1450	
Kreispflegeheim Weinheim (Langzeitpatienten)	365	
Krankenhäuser Lokal		
Zentralinst. f. Seelische Gesundheit	106	1972-77
Psychiatrische Klinik	48	1976/77
Kinder- u. Jugendpsychiatr. Klinik	48	1976/77
Psychosomatische Klinik	60	
Neurolog. Klinik-Klinikum Mannheim	40	
Abt. f. Neurologie Heintr.-Lanz-Krh.		
Tageskliniken		
zi - Tagesklinik Heidelberg	20	1978
zi - Altagestagesklinik*)	15	
Beschützte Heime		
„Käthe Luther“	17	
„St. Anna“**)	45	1979
„Elisabeth Lutz“	35	1976
Beschützte Wohngemeinschaften		
Mittelstraße	13	1975
K 4 für Frauen	8	1974
Q 4 für Männer**)	5	1978
Beschützte Werkstätten		
F 7	65	
Am Sandrain*)	40-	1979
	105	
5 Patientencclubs		1955-77



\*) eröffnet nach dem Untersuchungszeitraum (1974-1977)

Abb. 2 Bettenbelegung durch psychiatrische Patienten aus Mannheim, 1973-1977

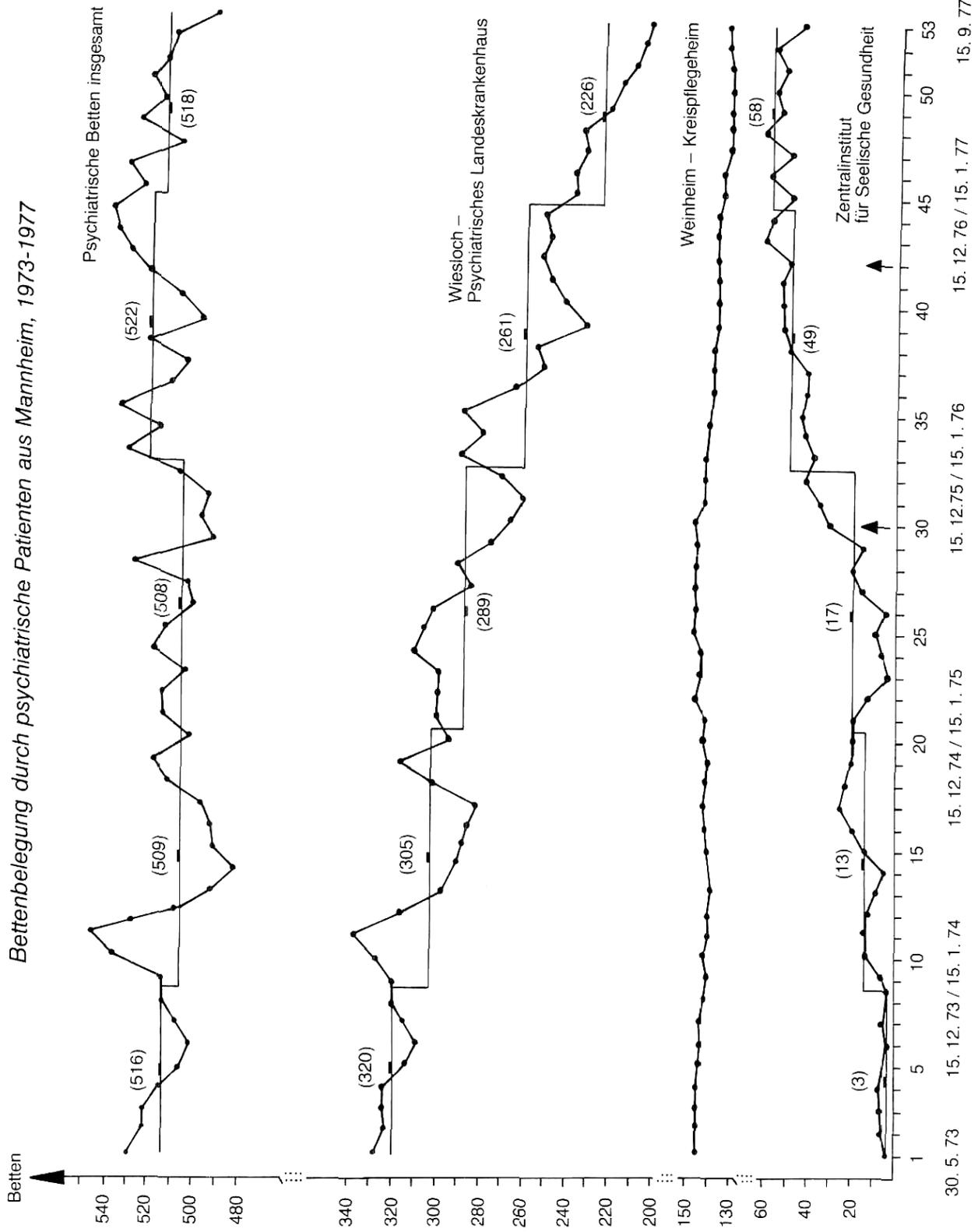
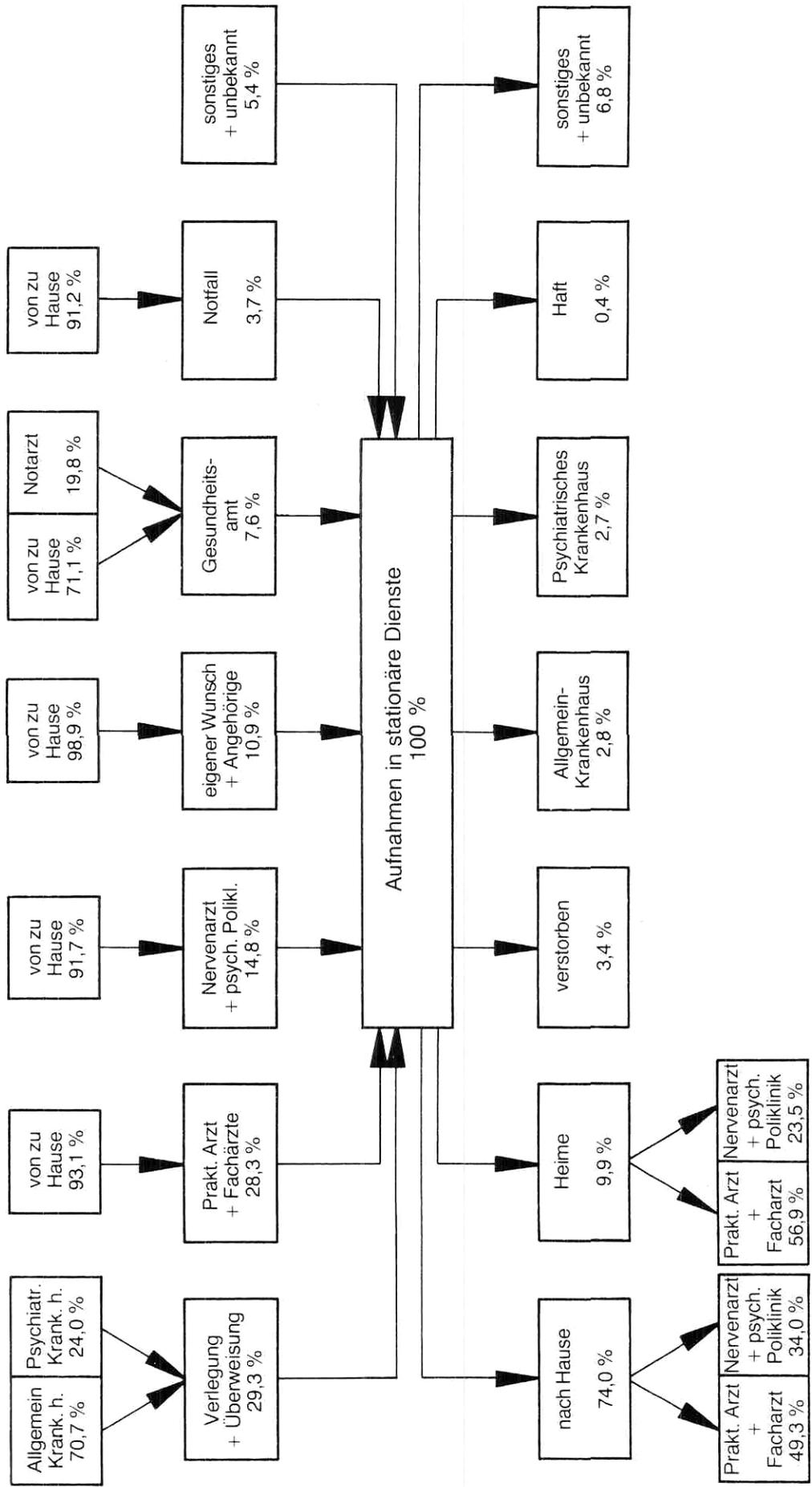


Abb. 3

Zuweisung in und Entlassung aus stationären Einrichtungen



kein Krankenhaus. 69 % seiner Patienten sind über 64 Jahre alt. Die häufigste Diagnose (79 %) ist senile Demenz mit körperlichen Begleitkrankheiten. Da dieses Heim über drei festangestellte Ärzte und eine 24stündige Präsenz verfügt, haben wir die mit psychiatrischen Patienten belegten Betten dort als Hospitalbetten definiert. Würde man die 140, vorwiegend mit psychogeriatrischen Patienten belegten Betten, in Weinheim nicht als Krankenhausbetten rechnen, so hätte dies eine Reduzierung der Rate psychiatrischer Krankenhausbetten für Mannheim um mehr als ein Viertel zur Folge.

Aufgrund des Kurvenverlaufs in Abbildung 2 müssen wir folgern, daß die intensivere Versorgung vor der Schwelle zum Krankenhaus (Beratungs-, Kriseninterventions- und Notfalldienste, Ambulanz und alternative Einrichtungen) und die verstärkten Angebote nach der Entlassung (beschützte Heime, beschützte Werkstätten) in der Bilanz keine Änderung des Gesamtbedarfs psychiatrischer Betten gebracht haben. Der Kurvenverlauf ist bisher so stabil, daß auch ein Trend zu Veränderungen nicht erkennbar ist.

Einen bedeutsamen Abfall der Belegung verzeichnet das regionale Landeskrankenhaus Wiesloch von 320 auf 226 belegte Betten. Dieser Trend hat mit einer jährlichen Reduktion von ca. 16 Betten bereits vor der Eröffnung der Kliniken des Zentralinstituts eingesetzt; er ist deshalb nicht alleine durch eine Verlagerung der Versorgungslast zu erklären. Während der Eröffnungsperiode 1975 bis 1977 stieg der jährliche Rückgang auf etwa 30 Betten. Von den knapp 100 Betten, die 1973 bis 1977 im Landeskrankenhaus weniger belastet wurden, sind damit knapp 60 an das Zentralinstitut übergegangen.

Die Belegung der wichtigsten Krankenhäuser hat sich unterschiedlich entwickelt. Das psychogeriatrische Krankenhaus Weinheim weist entsprechend dem unveränderten Bedarf für psychogeriatrische Patienten, die dort meist bis zu ihrem Tode hospitalisiert bleiben (durchschnittliche Aufenthaltsdauer 6<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Jahre), eine stabile Belegungskurve auf. In der gleichen Zeit hat sich das Angebot an Altenpflegeheimplätzen für Mannheim nicht wesentlich verändert (MARTINI, 1979).

Die Psychiatrische Klinik am Zentralinstitut, deren Bettenauslastung gegenwärtig zwischen 95 und 100 Prozent liegt, zeigt Belegungsströme, die mit den Eröffnungsschritten zusammenfallen. Bei 60 Betten (ca. 60 % Belegung durch Einwohner Mannheims) ist offenbar ein Deckeneffekt erreicht.

Der Grund dafür ist, daß über die wichtigsten Zuweisungsquellen (siehe Abb. 3), insbesondere über das Allgemeine Krankenhaus und seinen Notfalldienst, die auch das Umland der Stadt versorgen, viele Nicht-Mannheimer meist wegen bedrohlicher Störungen aufgenommen werden.

## *1.1 Veränderungen in der Zusammensetzung der hospitalisierten Patienten*

### *1.1.1 Diagnosen*

Tabelle 1 läßt einen leichten Rückgang bei der Diagnosegruppe 4 (Schizophre-

riien und schizophrenieähnliche Erkrankungen - ca. 35 Betten) und 5 (hirnorganische Störungen - ca. 20 Betten) erkennen.

Tabelle 1

*Diagnosenverteilung in stationären Einrichtungen an 5 aufeinanderfolgenden Stichtagen*

Diagnosen	30.5. 1973	15.5. 1974	15.5. 1975	15.5. 1976	15.5. 1977
Affektive Psychosen und Reaktive Depressionen	48 (9,0)	39 (7,9)	35 (6,8)	54 (10,7)	50 (9,5)
Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	39 (7,3)	39 (7,9)	64 (8,9)	64 (12,6)	74 (14,0)
Alkohol und Drogen	42 (7,9)	43 (8,7)	58 (11,3)	57 (11,3)	61 (11,6)
Schizophrenie und ähnliches	243 (45,8)	214 (43,3)	213 (42,3)	195 (38,5)	209 (39,7)
Organische Psychosen	82 (15,4)	84 (17,0)	78 (15,1)	69 (13,6)	66 (12,5)
Schwachsinn	77 (14,5)	75 (15,2)	80 (15,5)	67 (13,2)	67 (12,7)
Total	531 (100)	494 (100)	515 (100)	506 (100)	527 (100)

Demgegenüber weisen die Gruppen 2 (Neurosen und Persönlichkeitsstörungen -35 Betten) und 3 (alkoholbedingte Erkrankungen und Drogenmißbrauch - ca. 20 Betten) einen leichten Anstieg auf. Dies entspricht einerseits dem generellen Morbiditätstrend in der Bundesrepublik, der parallel zum Anstieg des pro Kopf Konsums an Alkohol einen kontinuierlichen Anstieg alkohol bedingter Erkrankungen erkennen läßt.

1.1.2 *Verweildauer*

Die drei Verweildauerkategorien lassen einen deutlichen Trend erkennen (Tab. 2):

Tabelle 2

*Verweildauer in stationären Einrichtungen*

Verweildauer	30.5. 1973	15.5. 1974	15.5. 1975	15.5. 1976	15.5. 1977
Bis zwei Monate	56 (10,5)	44 (8,9)	47 (9,1)	75 (14,8)	82 (15,6)
Zwei Monate bis ein Jahr	82 (15,4)	85 (17,2)	107 (20,8)	96 (19,0)	124 (23,5)
Ein Jahr und mehr	393 (73,9)	365 (73,9)	361 (70,1)	335 (66,2)	321 (60,9)
Total	531 (100)	494 (100)	515 (100)	506 (100)	527 (100)

*Stichtagsprävalenz*  
Raten pro 100.000 der Gesamtbevölkerung

	Camberwell*)	Salford*)	Mannheim**)
Bis zwei Monate	56	35	27
zwei Monate bis ein Jahr	59	33	40
ein Jahr und mehr	174	234	104

\*)31. 12. 1974\*) 15.5. 1977

Der Abnahme langer Verweildauern von 74 % auf 61 % steht eine Zunahme der kurzen von 11 % auf 16 % und der mittleren von 15 % auf 24 % gegenüber. Das bedeutet, daß mit der gleichen Bettenzahl mehr Behandlungsepisoden versorgt werden konnten. Der im Vergleich zum übrigen Krankenhauswesen immer noch sehr niedrige Wert zeigt das Übergewicht der Versorgung chronisch Kranker mit langer Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Krankenhäusern, was durchaus repräsentativ für die BRD angesehen werden kann (Vgl. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, 1975).

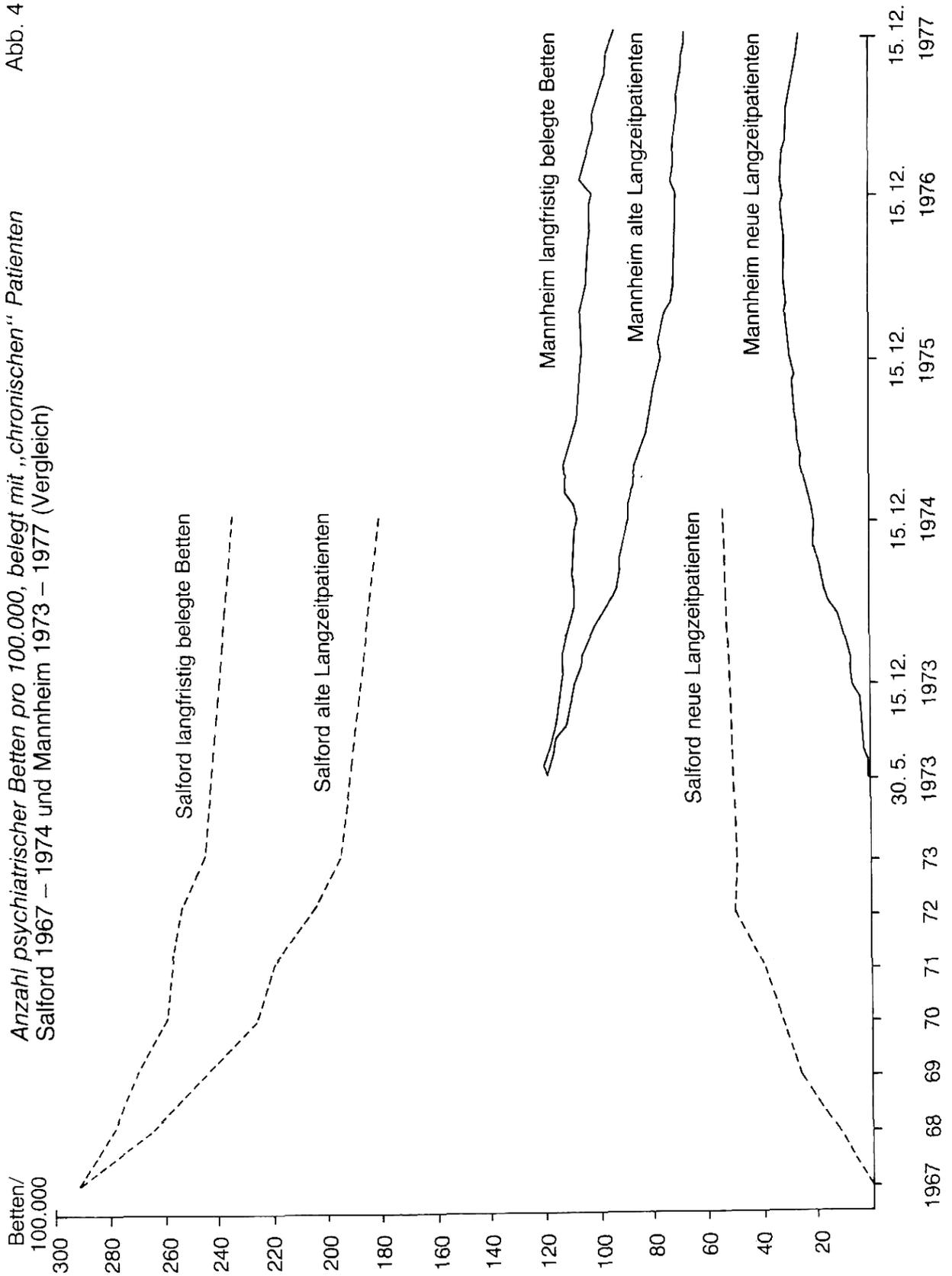
### 7.7.3 Entwicklung des Bettenbedarfs für langfristig Hospitalisierte.

Der Kurvenverlauf zeigt, daß die Gesamtzahl der über ein Jahr belegten Betten

kontinuierlich sinkt, und zwar um durchschnittlich 18 pro Jahr, was einer jährlichen Reduktion von 5 bis 6 Betten pro 100.000 entspricht (Abb. 4).

Abb. 4

Anzahl psychiatrischer Betten pro 100.000, belegt mit „chronischen“ Patienten  
Salford 1967 – 1974 und Mannheim 1973 – 1977 (Vergleich)



Das Verhältnis der „Chronischen“(über 1 Jahr) zur Gesamtbettenzahl sank dabei von 72 auf 61 %.

Die Übereinstimmung im Trend in Camberwell und Salford (WING und FRYERS, 1976) ist deshalb interessant, weil die Ausgangswerte für Mannheim erheblich niedriger lagen. Das lassen vor allem die eingezeichneten Kurven von Salford erkennen.

Wir folgern daraus, daß in Mannheim ein großer Anteil an chronisch psychisch Kranken, vor allem an Schizophrenen, außerhalb der Krankenhäuser versorgt wird. Die vorerst vergleichsweise niedrige Heimkapazität läßt vermuten, daß sie größtenteils nicht institutionalisiert sind und ambulant behandelt werden. Tatsächlich zeigt die erste Auswertung einer repräsentativen Kohorterstudie von an der HEIDEN und KLUG (1979), daß ein wesentlicher Anteil schwer gestörter chronisch Schizophrener mit häufigen kurzfristigen Krankenhausaufnahmen ambulant versorgt wird.

#### *Die „alten“ chronischen Fälle*

Am Stichtag 30. 5. 1973 befanden sich 393 - 118/100.000 Patienten in dieser Kohorte. Durch Entlassungen, Verlegung und Todesfälle reduzierte sie sich bis zum 15.5.1977 auf 222 - 72/100.000. Jährlich werden demnach derzeit etwa 42 - 13-14/100.000 Betten durch diesen Prozeß frei.

#### *Die „neuen“ chronischen Fälle*

Ähnlich wie von WING & HAILEY (1972), FRYERS (1979) und anderen nachgewiesen, baut sich auch unter den Bedingungen gemeindenaher Versorgung eine Kohorte „neuer“ Langzeitpatienten auf. Seit dem 30. 5. 1973 ist sie zunächst kontinuierlich angewachsen (8/100.000), um nach drei Jahren ein Plateau zu erreichen und ab Herbst 1976 (43. Monat) vorerst wieder langsam abzufallen. Es ist unwahrscheinlich (FRYERS, 1979), daß diese Trendwende anhalten wird. Vorerst läuft der Abbau der „alten“ langfristig Hospitalisierten deutlich schneller als der Aufbau der „neuen“, wie die Bilanzkurve der Gesamtzahl chronischer Betten ausweist. Wann der Ausgleich und damit eine stabile Bettenzahl für langfristige Aufenthalte erreicht sein wird, läßt sich derzeit noch nicht voraussagen.

Die bis 31. 12. 1974 vorliegenden Vergleichswerte europäischer Großstädte zeigen, daß die ungleich höhere Rate von Langzeitbetten in Salford in erster Linie durch die Zahl der „alten“ langfristig Hospitalisierten, zum kleineren Teil aber auch durch höhere Raten von neuen chronischen Fällen bedingt ist.

Die diagnostische Zusammensetzung der über 1 Jahr Hospitalisierten über 5 Jahresstichtage zeigt eine erstaunlich stabile Verteilung über die wichtigsten Diagnosegruppen. Die Veränderungen sind zu gering, um sie zu interpretieren. Offensichtlich gehen aus den Zuwächsen von Alkohol- und Drogenabhängigen und von Neurosen und Persönlichkeitsstörungen nur geringe Zahlen von über 1 Jahr Hospitalisierten hervor.

### 1.1.4 Entwicklungstendenzen in der Gesamtversorgung

Die starke Zunahme der Gesamtaufnahmezahl in Tab. 3 läßt erkennen, daß die Versorgungslast des gesamten gemeindepsychiatrischen Dienstes zugenommen hat. Die stärkste Zunahme ist im ambulanten Sektor und in der Notfall- und Krisenversorgung abgelaufen. Hier hat das extensive Angebot offensichtlich unversorgte Bedürfnisse angetroffen. Die Analyse der Zuweisungswege hat gezeigt, daß mehr als zwei Drittel aller Aufnahmen in den stationären Einrichtungen vom Allgemeinen Krankenhaus und dem dortigen psychiatrischen Konsiliar- und Notfalldienst und von praktizierenden Allgemein- und Fachärzten bzw. von der Ambulanz kommen. Über diese Wege ist auch der größte Teil des Zuwachses erfolgt.

Tabelle 3

#### *Diagnostische Verteilung der stationären und ambulanten Aufnahmen pro Jahr*

Diagnosen	1974	1975	1976	1977
Affektive Psychosen und reaktive Depressionen	302 (12,6)	466 (13,5)	1039 (19,1)	876 (17,8)
Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	792 (33,1)	1246 (36,0)	2169 (39,8)	1856 (37,7)
Alkohol und Drogen	533 (22,3)	695 (20,1)	964 (17,7)	999 (20,3)
Schizophrenie und ähnliches	485 (20,3)	659 (19,0)	782 (14,3)	756 (15,4)
Organische Psychosen	192 (8,0)	255 (7,4)	327 (6,0)	254 (5,2)
Schwachsinn	89 (3,7)	140 (4,0)	170 (3,1)	176 (3,6)
Total	2393 (100)	3461 (100)	5451 (100)	4917 (100)

Verfolgt man die Diagnosengruppen, dann sind affektive Psychosen und einfache reaktive Depressionen weitgehend stabil geblieben. Dies entspricht den zitierten Ergebnissen von GODBER (1972). Auch Schwachsinnige mit psychiatrischen Problemen zeigen keinen Zuwachs. Die Häufigkeit der übrigen Neuro-

sen und Persönlichkeitsstörungen hat dagegen wie jene Gruppe von Alkoholkrankheiten, Drogenabhängigen zugenommen und zwar bei den ambulant Versorgten noch wesentlich deutlicher als bei den Krankenhausaufnahmen.

An diesem Indikator soll noch einmal verdeutlicht werden, daß mit der unmittelbaren Präsenz psychiatrischer Einrichtungen in der Gemeinde bestimmte Versorgungsaufgaben sich neu und zwingend stellen. Es bleibt aber ein erstaunlicher Tatbestand, daß die Morbiditätszunahme bei Alkoholkrankheiten und Suizidversuchen und die Versorgung bislang ungedeckter Bedürfnisse nicht aber eine wesentliche Vermehrung der Krankenhausbetten bei einem niedrigen Ausgangswert zur Folge hatte. Ob diese Form der Versorgung den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Familien auf optimale Weise gerecht wird, läßt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht beurteilen (Abb. 5).

Vergleicht man im Rückblick noch einmal die Prävalenzraten auf den wichtigsten Versorgungsebenen, so ist die Übereinstimmung gut bis befriedigend bei den kurz- und mittelfristigen Aufenthalten für die vier verglichenen Zentren: Salford, Mannheim, Camberwell und die Hochrechnungen aus der Sams0-Studie (NIELSEN & NIELSEN, 1979). Bei den langfristig belegten Betten liegt Mannheim niedriger als die übrigen. Man kann daraus vermuten, daß die größten nationalen und regionalen Unterschiede bei den langfristig belegten Betten und damit im traditionellen Pflegeanteil der psychiatrischen Krankenhäuser zu suchen sind.

In Deutschland stehen damit zum ersten Mal epidemiologisch fundierte, d. h. bevölkerungsbezogene Orientierungsdaten für die Planung stationärer psychiatrischer Einrichtungen zur Verfügung, die im „Bericht der Sachverständigenkommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung" (1975) nachdrücklich gefordert worden war.

### *Literatur*

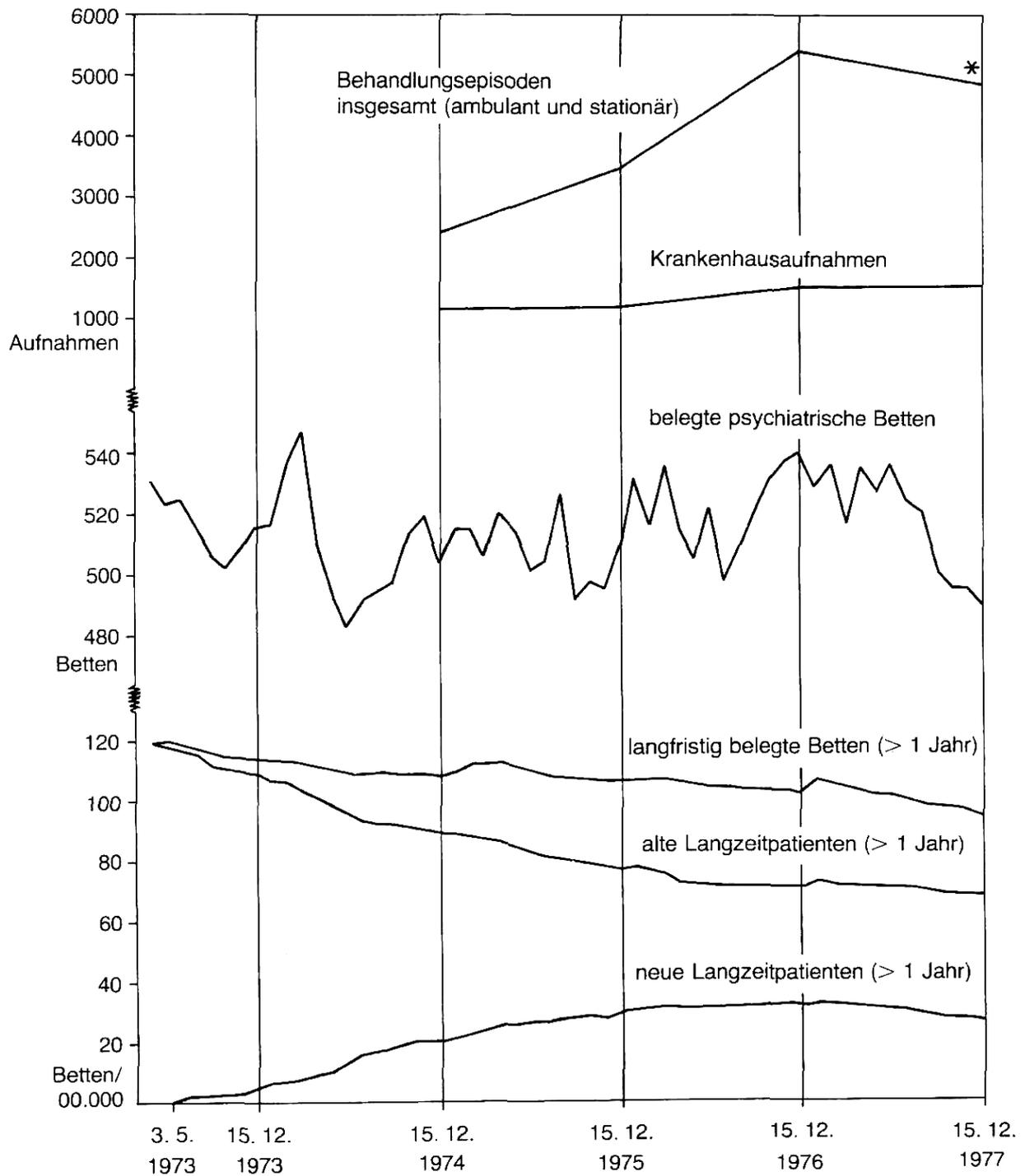
Deutscher Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Drucksache 7/4200, Bonn.

FRYERS, T. (1979): Estimation of need on the basis of case register studies: British case register data. In Hafner, H. (ed.): Estimating needs for mental health care. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, pp. 5-63.

GODBER, C. (1972): Reasons for the increase in admissions. In Wing, J. K. & Hailey, A. M. (eds.): Evaluating a community psychiatric service: The Camberwell register, 1964-1971. Oxford University Press, London, New York, Toronto, pp. 189-197.

an der HEIDEN, W. & KLUG, J. (1979): An integrated record System for the observation of the demand for medical and social aftercare as basis for organizing extramural

Inanspruchnahme psychiatrischer Einrichtungen durch Einwohner Mannheims  
1973 – 1977



\* Das Absinken zum 15. 12. 1977 geht auf die unvollständige Erhebung bei niedergelassenen Nervenärzten zurück

Services. Paper presented at the Second European Symposium on Social Psychiatry, Aarhus, 26-28 September, 1979.

MARTINI, H. (1979): Altenheime in Mannheim. Stadt Mannheim.

NIELSEN, J. & NIELSEN, J. A. (1979): Incidence of first contacts and need of staff and beds in a community psychiatric Service. In Häfner, H. (ed.): Estimating needs for mental health care. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, pp. 125-130.

STRÖMGREN, E., KYST, E., RYBERG, I., WEEKE, A. (1979): Estimation of need on the basis of field survey findings. In Häfner, H. (ed.): Estimating needs for mental health care. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, pp. 37-42.

WING, J. K. & HAILEY, A. M. (eds.) (1972): Evaluating a community psychiatric service: The Camberwell register, 1964-1971. Oxford University Press, London, New York, Toronto.

WING, J. K. & FRYERS, T. (eds.) (1976): Psychiatrie service in Camberwell and Salford. Statistics from the Camberwell and Salford psychiatric registers, 1964-1974.

# Zur Situation und Problematik der psychisch Kranken in Heimen

*H. Kunze*

Man ist leicht ungerecht gegenüber hart arbeitendem, engagiertem Personal, das selber unter Bedingungen der Vernachlässigung und des mangelnden Interesses durch die Außenwelt arbeitet -

und es ist gleichermaßen leicht, äußerlich apathische Patienten im Wahrnehmungsgrad ihrer eigenen sozialen Deprivation zu unterschätzen, weil sie sich nicht beklagen. J. K. WING und G. BROWN, 1976.

Bestand und Wandel . . . nach der Enquete? Bestand haben die Forderungen und Feststellungen der Enquete-Kommission:

- Oberste Priorität hat der Aus- und Aufbau der komplementären Dienste (Heimsektor).
- Es fehlen gesicherte Daten über Anzahl der Angebote sowie über Diagnose, Alter, Herkunft und Fluktuation ihrer Bewohner. .. Der Mangel an Planung in dieser Grauzone und die daraus erwachsenden Versorgungslücken beeinträchtigen die Versorgung aller Patientengruppen und Behinderten schwerwiegend (vgl. Enquete Seite 15, 36 und 408).

Wandel? Nicht gewandelt haben sich die politischen und administrativen Voraussetzungen, die die meisten chronisch psychisch Kranken und viele geistig Behinderte im Abseits der Psychiatriereform in Vergessenheit geraten lassen. Punktuelle Fortschritte sind eher das Ergebnis persönlicher Initiativen als planmäßiger Gesundheits- und Sozialpolitik. Auch fünf Jahre nach der Enquete sind die zuständigen Ministerien und Kostenträger (örtlicher und überörtlicher Sozialhilfeträger), Heimaufsichtsbehörden, Gesundheitsämter und Kommunalbehörden sowie die (verlegenden) psychiatrischen Krankenhäuser in der Regel außerstande, die für Administration und Planung des Komplementärbereiches relevanten Übersichtsdaten von psychisch und geistig Behinderten in Einrichtungen zu erheben (vgl. dagegen Basisdokumentation im Krankenhausbereich). Fragen wie: ‚wieviele Personen sind heimatnah und wieviele heimatfern (z. B. in anderen Bundesländern) untergebracht? oder: welche Lücken weist das Einrichtungsangebot im Vergleich zum differenzierten Bedarf einer Versorgungsregion auf?‘ sind immer noch unbeantwortbar.

Das Mißverhältnis zwischen Kosten im Komplementärbereich und Wissen, wofür das Geld ausgegeben wird, sucht seinesgleichen.

## *Rückstand des komplementären Bereichs*

Einen Überblick über den Entwicklungsstand des komplementären Versorgungsbereiches in der Bundesrepublik kann ich Ihnen nicht geben. Stattdessen will ich einige Ergebnisse einer eigenen Untersuchung (KUNZE 1977 und 1979) darstellen, die die Entwicklung im Einzugsbereich des Psychiatrischen

Landeskrankenhauses Weinsberg analysiert\*), und davon ausgehend einige exemplarische Probleme komplementärer Dienste erörtern. Das Krankenhaus versorgt als einzige stationäre Einrichtung (neben einer kleinen Abteilung am Langzeitkrankenhaus Tauberbischofsheim) ein überwiegend ländliches Gebiet mit knapp einer Million Einwohnern. Seit Ende 1969 beschleunigte sich die schon vorher erkennbare Entwicklungstendenz der Klinifizierung der Anstalt ganz erheblich. Von 1969 bis 1975

- verdoppelten sich die Aufnahmen von 1500 auf über 3000 pro Jahr,
- verdreifachten sich die Entlassungen von Patienten in Übergangs- und Pflegeheime von weniger als 100 auf ca. 250 pro Jahr,
- fiel die Zahl der Krankenhausbetten von der absoluten Spitze von 935 im Jahre 1970 auf 660 im Jahre 1975 (= 0,7 Betten je 1000 der Bevölkerung).

Chronisch psychisch Kranke\*\*) in stationären Einrichtungen gab es an einem Stichtag (1.1.1976) knapp 1000, also bei knapp einer Million Einwohnern einer pro tausend Einwohner. (Vgl. Tabelle 1 im Anhang). <sup>3</sup>/io davon lebten im Krankenhaus, <sup>1</sup>Ao in drei Übergangseinrichtungen, aber <sup>6</sup>/io in 70 Alten- und Pflegeheimen. Die früheren PLK-Patienten in Übergangseinrichtungen waren alle unter 65 Jahre, die meisten unter 50 Jahre. Von denen in Alten- und Pflegeheimen war aber immerhin noch die Hälfte unter 65.

Aus dem Versorgungsbereich des PLK Weinsberg leben also von den chronisch psychisch Kranken mehr in außerpsychiatrischen Einrichtungen als im Krankenhaus. Der nichtklinisch-stationäre Bereich, psychiatrische Übergangseinrichtungen und Alten- und Pflegeheime mit ehemaligen PLK-Patienten, ist etwa ebenso groß wie das Krankenhaus insgesamt Betten hat.

Eine 1978 von KITZIG durchgeführte Umfrage, die sich auf das ganze Bundesgebiet erstreckte, bestätigte, daß der komplementäre Bereich mit Vollversorgung der Größenordnung nach den psychiatrischen Krankenhäusern entspricht, und machte andererseits wieder einmal den Mangel an brauchbaren Daten über diesen Versorgungsbereich deutlich.

Die aus dem PLK Weinsberg in Heime Verlegten waren viel seltener heimatnah als andere Heimbewohner untergebracht (vgl. Anhang Tab. 2). Während die ehemaligen PLK-Patienten nur in 26 % in einem Heim desselben Kreises wie ihr Heimatort placiert werden konnten, traf dies für 68 % aller Heimbewohner Baden-Württembergs zu (MINISTERIUM 1974).

Bezeichnend sind auch die Unterschiede nach Trägergruppen: Bei einem Anteil von 12 % am Bestand der Heimplätze in Baden-Württemberg haben private Heime jedoch 44 % der ehemaligen Patienten des PLK Weinsberg aufgenommen. Umgekehrt sieht das Verhältnis bei den öffentlichen Trägern aus: nur 5 % der ehemaligen Patienten befanden sich in Heimen öffentlicher Träger, deren Bestandsanteil jedoch bei 18 % liegt. Auch gemeinnützige Trägergruppen blieben noch hinter ihrem Bestandteil von 70 % mit der Quote von 51 % an ehemaligen Patienten zurück (vgl. Anhang Tab. 3).

Diese schiefe Verteilung ist nicht zufällig, sondern abhängig von Expansion und Auslastung im Heimsektor. Die privaten Heime (in Baden-Württemberg) verzeichneten in den letzten Jahren die stärkste Expansion und wiesen die niedrigste Auslastung auf. Umgekehrt haben insbesondere Heime öffentlicher Träger, aber auch gemeinnütziger Träger, nicht so viele ehemalige psychiatrische Patienten aufgenommen, wie ihrem Bestandsanteil entsprechen würde, da sie andere Behindertengruppen vorziehen können.

Die in komplementären Einrichtungen lebenden ehemaligen Patienten des PLK Weinsberg (von unter 65jährigen am Stichtag eine geschichtete Stichprobe) wurden von mir nachuntersucht in bezug auf Symptomatologie (bei Schizophrenen), Verfügbarkeit medizinischer und sozialer Nachsorgedienste, Unterbringungsstandard sowie das soziotherapeutische Milieu.

Nur die Zimmergröße und -Belegung war in Heimen etwas günstiger als in Übergangseinrichtungen und deutlich besser als im Krankenhaus, Eindeutige Zusammenhänge zwischen den untersuchten Merkmalen sowie Trägerschaft, z. B. privater Träger, ergaben sich nicht.

Zusammenfassend kann man sagen, daß in den außerpsychiatrischen Einrichtungen, also Alten- und Pflegeheimen, die von den komplementären Kapazitäten rund  $\frac{4}{5}$  ausmachen, sich weithin Verhältnisse reproduzieren, wie sie aus traditionellen kustodialen Anstalten wohlbekannt sind: unzureichende fachpsychiatrische und soziale Nachsorge, wohnortferne Unterbringung, soziale Isolierung von der Umgebung, fehlende Zeitstrukturierung und Beschäftigung bei Restriktivität des Milieus sowie pessimistischer Einstellung des Personals sind die klassischen Bedingungen für die Entwicklung und Aufrechterhaltung des Hospitalismussyndroms bei chronischen Patienten.

Die Problematik: „alte kustodiale Anstaltsverhältnisse in neuen außerpsychiatrischen Einrichtungen“ möchte ich an einem Beispiel kurz verdeutlichen, einem Pflegeheim für psychisch Behinderte, das ich vor einiger Zeit besuchte. Diese Einrichtung ist übrigens etwa so alt wie der Enquete-Bericht. Das Heim liegt außerhalb des Ortes, im wörtlichen Sinne auf der grünen Wiese, Neubau mit Marmortreppen; entlang an übereinandergelegenen schnurgeraden Fluren nur Zwei- bis Drei-Bett-Zimmer von knapp 200 Behinderten; die Gehfähigen - ca.  $\frac{2}{3}$  - alle in einem (!) großen Tages- und gleichzeitig Speiseraum, ohne Beschäftigung, mit dem Kopf auf dem Tisch schlafend, stereotyp auf- und abgehend, sich gegenseitig neckend, vor sich hin spinntisierend; nach den Behinderungsarten angefangen von Schwachsinnigen und Mongoloiden, über Blinde, Gelähmte, Schizophrene, abgebaute Alkoholiker bis zu Altersdementen. - Offenbar bestehen von Seiten der Heimaufsichtsbehörden, aber auch der Kostenträger, keine grundsätzlichen Bedenken, da die hygienischen Verhältnisse und die baulichen Maße, wie Türbreite, zu keinen Beanstandungen Anlaß geben.

Ich möchte damit auch auf die oft beklagten Probleme der Kontrolle des Heimbereiches hinweisen. Heimaufsicht und Kostenträgern mangelt es meist an

Fachkompetenz für die neue Minderheit in ihrem Bereich von psychisch Behinderten mit ihren besonderen Bedürfnissen und Schwierigkeiten. Ein mehr oder weniger großer Anteil der Heimbewohner steht unter Pflegschaft oder Vormundschaft. Die damit gegebene Möglichkeit der persönlichen Hilfe und Beratung, aber auch der Kontrolle der Einrichtung, kommt infolge der üblichen Praxis der Massen-Amtsvormundschaften/-Pflegschaften (zu viele Pfleglinge/ Mündel für den einzelnen Mitarbeiter) nicht zur Geltung. Abgesehen davon gibt es in Hessen (nur hier?) sogar geschlossene Unterbringungen nach dem Hessischen Freiheitsentziehungsgesetz (HFEG) in Pflegeheimen, auch solchen in privater Trägerschaft.

### *Konzeptionelle Probleme des komplementären Bereichs*

Diese Situationsschilderung wäre unvollständig ohne den Hinweis auf einige zum Teil hervorragende Einrichtungen, die sich mit der Rehabilitation psychisch Behinderter beschäftigen. Doch arbeiten die meisten zielgruppen- und methodenorientiert, was von den derzeit gültigen Finanzierungsmöglichkeiten gefördert wird und streben in aller Regel die völlige Wiedereingliederung an. Die Konsequenz dieser Orientierung ist aber, daß der größte Teil der seelisch Behinderten unberücksichtigt bleibt, wenn man von allen Behinderten einer geografisch definierten Population ausgeht. Für einzelne Einrichtungen ist es legitim, für das eigene Programm die passenden Behinderten zu suchen, denn nicht jeder kann alles können. Doch vom Gesichtspunkt der Versorgungsplanung her muß die Reihenfolge umgekehrt lauten: für alle vorhandenen Behinderten angemessene Programme bereitzustellen. Solange sich jeder mit denen beschäftigen kann, mit denen er möchte, gehen die psychisch und sozial Schwerstbehinderten in der Regel unter.

Abweichend von der bei uns kostentechnisch definierten Trennung zwischen Rehabilitation bzw. Eingliederung einerseits und Pflege andererseits wird in Großbritannien mit Rehabilitation - im Unterschied zur Wiedereingliederung - der Prozeß bezeichnet, „der eine körperliche oder psychisch behinderte Person befähigt, in einem soweit als möglich normalen sozialen Kontext den bestmöglichen Gebrauch von ihren Restfähigkeiten zu machen“ (BENNETT). In diesem Sinne sollten alle Behinderten einen Anspruch auf Rehabilitation haben, das Problem besteht in der angemessenen Zieldefinition und der Bereitstellung realistischer Mittel zur Zielerreichung.

Gerade die englischen Erfahrungen haben gezeigt, daß auch bei verbesserter Krankenhausbehandlung sogenannte „neue“ chronische Patienten akkumulieren, wenn auch nicht in dem Maße wie zu früheren Zeiten. Ein bemerkenswert hoher Anteil (rund Vs) der „neuen“ Chronischen im Krankenhaus (an einem Stichtag) benötigt fortgesetzte Krankenhausbehandlung. Nur der geringste Teil erscheint für zeitlich befristete Übergangseinrichtungen geeignet, die auch in England - wie hier bei uns - unverhältnismäßig im Vordergrund stehen, und der größte Teil benötigt ein differenziertes Angebot von verschiedenen,

z, T. kombinierbaren Langzeitprogrammen (MANN and CREE- BROWN EBRINGER and FREEDMAN; WING and OLSEN).

Dabei gilt es eben nicht nur, mit (familien-, psycho- oder somato-) therapeutischen oder pädagogischen Ansätzen bei dem behinderten Individuum Behinderungen zu beseitigen oder kompensatorische Fähigkeiten zu entwickeln. Denn die Möglichkeiten sind meist begrenzter, als viele Therapeuten sich einzugestehen bereit sind. Es geht auch darum, soziale Unterstützung in sehr differenzierter Form durch lebenspraktische Hilfen und Betreuung bereitzustellen nach dem Prinzip „so wenig wie möglich aber so viel wie nötig“.

Die jetzige Heimversorgung wiederholt doch das fatale Alles- oder Nichts-Prinzip wie schon die Anstaltspsychiatrie: nämlich wer alleine nicht zurechtkommt, muß die pauschale Vollversorgung akzeptieren. Zwischenstufen gibt es nicht. Diese pauschale Vollversorgung bedeutet für viele Behinderte eine je individuell verschiedene Mischung von Über- bzw. Unterversorgung. Denn die noch vorhandenen - wenn auch insgesamt unzureichenden - Möglichkeiten des natürlichen Umfeldes des Einzelnen werden nicht einbezogen und um die fehlenden Hilfen gezielt ergänzt, um eine Vollversorgung zu vermeiden; aber im Heim werden sie einem Hospitalismus fördernden Milieu ausgesetzt.

Komplementäre Dienste sollten folgende vier wichtigste Hilfearten umfassen; Nachsorge, Teilzeit- und Arbeitshilfen, Wohnhilfen, Freizeithilfen. Diese Hilfen sind nach dem Baukastenprinzip entsprechend den individuellen Bedarfsprofilen von Behinderten kombinierbar. (Damit unterscheidet sich dieser Ansatz von der derzeit kostentechnisch definierten Trennung von medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation sowie Pflege, die bei Körperbehinderten sinnvoll sein mag, bei psychisch Behinderten jedoch realitätsfremd ist.) Die Wohnortnähe dieser differenzierten Hilfen ist Voraussetzung dafür, daß nicht wegen der Notwendigkeit einer Hilfeart, die aber nur wohnortfern verfügbar ist, andere Hilfen allein deshalb auch in Anspruch genommen werden müssen, weil die natürlich vorhandenen Möglichkeiten nicht einbezogen werden können.

Die Trennung der Hilfebereiche ist ein wichtiger Beitrag zur Vermeidung neuer Formen totaler Institutionen, bei denen alles unter einem räumlichen Dach oder einem Trägerdach stattfindet. Räumliche Dezentralisierung der Hilfearten, gegebenenfalls trägerübergreifende Verbundsysteme, bedingen zwar administrative Komplexität. Doch ist hier die Frage, was wichtiger ist: administrative Vereinfachung oder die Möglichkeit individualisierter Rehabilitation und die Vermeidung neuer Hospitalismusformen.

1. Nachsorge: Das Hilfesuchverhalten chronisch psychisch Kranker ist häufig krankheitsbedingt so gestört, daß sie nicht in der Lage sind, ambulante fachpsychiatrische Hilfe beim niedergelassenen Nervenarzt in Anspruch zu nehmen, abgesehen davon, daß die Verteilung von niedergelassenen Nervenärzten immer noch Lücken aufweist. Es geht aber bei dieser Nachsorge

nicht nur um ambulante ärztliche Behandlung, sondern vor allem auch um ambulante psychiatrische Hauspflege, die aktiv nachgehend zum Behinderten kommt. In England (RATTRAY) liegen gute Erfahrungen mit gemeindepsychiatrischen Pflegediensten vor, die z. B. von einem Krankenhaus aus arbeiten und ehemalige Patienten - im Bedarfsfalle unterstützt durch Sozialarbeiter und Psychiater - zu Hause, in Familienpflege oder in Wohngruppen aufsuchen und dabei nicht nur den Behinderten betreuen, sondern gegebenenfalls auch das Umfeld beraten. Durch solche Nachsorgedienste könnte manche Heimaufnahme vermieden oder doch wenigstens hinausgezögert werden (vgl. mobile Kranken- und Altenpflege).

2. Teilzeit- und Arbeitshilfen: Manche chronisch psychisch Kranken können zu Hause wohnen bleiben, wenn sie tags einer beschützenden Beschäftigung oder Arbeit (Tagestätte/Werkstatt) nachgehen und damit auch die Familie entlastet wird. Statt in Heimen mit unbeschäftigten Behinderten im arbeitsfähigen Alter Arbeitstherapien einzurichten, ist es viel sinnvoller, diese in der Regel eigenständig und mit regionaler Zuständigkeit zu planen und ebenso für zu Hause wohnende chronisch psychisch Kranke zu öffnen. Die Arbeitshilfen sollten sich stufenweise der realen Arbeitswelt nähern, u. a. im Realitätsgrad der Arbeitssituation, z. B. durch Außengruppen und beschützende Einzelarbeitsplätze in Betrieben. Auf die Problematik der Werkstätten für Behinderte und der Berufsförderungswerke in bezug auf psychisch Behinderte sei hingewiesen, ohne an dieser Stelle näher darauf einzugehen.
3. Wohnhilfen: Die oben geschilderten Nachsorgedienste sind Voraussetzung für dezentralisierte und individuelle Wohnhilfeformen wie Familienpflege, Wohngruppen und dezentralisierte Wohnheime. Je dezentraler die Wohnformen, um so leichter ist das Normalisierungsprinzip zu realisieren. Bei fester Zuordnung von Personal und Wohneinheiten erfordert ein Wechsel der Betreuungsart und Intensität meist eine Verlegung des Behinderten, d. h. der Behinderte kommt zur erforderlichen Hilfe. Bei dezentralisierten Wohneinheiten, die durch ein mobiles Team versorgt werden, ist in viel größerem Maße eine Umkehrung möglich, nämlich die erforderliche Hilfe kommt zum Behinderten entsprechend den wechselnden Bedürfnissen.

Kleinere dezentralisierte Wohneinheiten erlauben auch eine spezifische Gruppenkultur, die auf die Besonderheiten der Behinderung abgestimmt ist. Ein Problem stellen hier z. B. chronische Alkoholiker dar. (OTTO and ORFORD).

4. Freizeithilfen: Die starke Isolationstendenz von psychisch Behinderten sowohl in Einrichtungen wie auch zu Hause erfordert gezielte nachgehende Freizeithilfen (z. B. Clubs, Ferienprogramme). Auch hier sollte das Angebot eher regional sein, d. h. Behinderte verschiedener Betreuungsformen zusammenbringen und nicht nur einrichtungsbezogen veranstaltet werden.

Mit diesem Bausteinkonzept soll nicht gesagt werden, daß man ohne Einrichtungen auskommt, die alle Hilfearten unter einem Dach vereinen. Je schwerer die Behinderungen, um so leichter werden Behinderte durch solche Komplexität von Hilfeangeboten überfordert. Doch werden bisher wohl mehr Behinderte unterfordert.

### *Administrative und politische Probleme des komplementären Bereichs*

Die derzeitige Finanzierung von stationären komplementären Einrichtungen hat antirehabilitative Aspekte. Die Richtlinien der Liga der Freien Wohlfahrtsverbände berücksichtigen bei der Gestaltung von Pflegesätzen nur Personal für die grundpflegerische Versorgung. Die Schlüsselzahlen für sozio-therapeutisches Personal sind ungenügend.

Heime mit differenzierterem rehabilitativen Anspruch haben die Möglichkeit, Sonderpflegesätze zu beantragen. Doch die meisten Einrichtungen bevorzugen den Richtsatz der Liga, da sie dann nicht die Kosten offenlegen müssen wie bei der Beantragung eines Sonderpflegesatzes.

Die Stufung nach Pflegesatzgruppen als Anreiz zur Aufnahme auch schwerer Behinderter führt dazu, daß das Heim für rehabilitative Fortschritte mit einer Verminderung des Pflegesatzes „bestraft“ wird, es sei denn, es unterschlägt dem Kostenträger die Besserung.

Bei der Finanzierung durch Tagessätze steht man sich um so besser, je geringer der Durchgang ist. Bei psychiatrischen Krankenhäusern mit zu wenig Betten ist der Aufnahmedruck von außen ein gewisses Korrektiv gegenüber der Gefahr, daß Patienten länger als erforderlich stationär behandelt werden. Bei Heimen ohne Aufnahmezwang entfällt dieser kompensatorische Mechanismus.

Wenn Einrichtungsträger und Kostenträger nicht voneinander unabhängig sind, besteht eine erhebliche Gefahr, daß Einrichtungsinteressen über Rehabilitationsinteressen dominieren. Ich denke u. a. an die verbreitete Praxis der Rentenversicherungsträger, z. B. Alkoholiker (wann weitere Gruppen?) ohne Rücksicht auf ihren Wohnort in entfernte freie Behandlungsplätze eigener Einrichtungen einzuweisen (FINZEN).

Mit Hilfe des BSHG können nur Einzelfallhilfen, insbesondere stationäre, bezahlt werden, nicht aber oft angemessenere und langfristig billigere ambulante Hilfen, die derzeit schwierig (stellenbezogen) zu finanzieren sind. Dies ist einer der Gründe, warum ambulante Nachsorge inklusive ambulanter lebenspraktischer Hilfen sowie Freizeitangebote im Vergleich zum stationären komplementären Bereich so unterentwickelt sind. Dem Kostenträger stationärer Hilfen müßte es ermöglicht werden, Kosten einzusparen durch offene Hilfen und mobile psychiatrische Hauspflege (vgl. Krankenkassen).

Bei aller Anerkennung des sozialen Fortschritts durch das BSHG bleibt eine entscheidende Benachteiligung von (psychisch) Behinderten gegenüber (psychisch) Kranken. Während das Lebensrisiko der Krankheit durch die gesetzli-

ehe Krankenversicherung abgedeckt wird, bleibt das Lebensrisiko der Rehabilitations- und Pflegebedürftigkeit primär in der Selbsthilfeverantwortung des einzelnen und seiner Angehörigen. Und wenn bei Unvermögen die Sozialhilfe unterstützt, hat dies für viele noch immer den Beigeschmack der Armenfürsorge.

Dem kümmerlichen Wildwuchs komplementärer Einrichtungen muß abgeholfen werden durch ein Investitionsförderprogramm, das eine Dynamik entfaltet wie das Krankenhausfinanzierungsgesetz. Mit Hilfe des goldenen Zügels kann der Aufbau wohnortnaher, regional verantwortlicher und bedarfsbezogener komplementärer Dienste gesteuert werden.

Ohne diese beiden entscheidenden Finanzierungsmöglichkeiten, eine Rehabilitations- und Pflege-Versicherung sowie ein Investitionsförderprogramm wird der komplementäre Bereich mit dem ambulanten und Krankenhausbereich (RVO) nicht gleichziehen.

Konzepte aus fachlicher Sicht für gemeindenahe Psychiatrie liegen umfänglich vor, sind auch schon in Deutschland erprobt, wenn auch in viel größerem Umfang im Ausland. Bei der nächsten Runde, die die Psychiatriereform weiterbringt, geht es vor allem darum, die politischen und administrativen Voraussetzungen gemeindenaher Psychiatrie zu schaffen: also die Klärung von administrativen Zuständigkeiten und die Zuordnung von entsprechenden Ressourcen, d. h. die Umverteilung von Steuern zwischen verschiedenen politischen und Verwaltungsebenen sowie um Versicherungsbeiträge.

Anteil der Trägergruppen an Heim-Plätzen in Baden-Württemberg (1974) im Vergleich zu Heim-Plätzen für Ex-Patienten des PLK Weinsberg (1976). (Dieser Vergleich unterstellt die nicht belegte Annahme, daß die Verteilung von Heimplätzen auf Träger im Versorgungsbereich des PLK Weinsberg mit der im ganzen Land vergleichbar ist.)

Tabelle 1

*Chronische Patienten aus dem Versorgungsbereich (960.000 Einwohner)  
des PLK Weinsberg in stationären Einrichtungen*

REGISTER (verlegt bis 31. 12. 1975)	Einrichtungen		klinisch-stationäre PLK Weinsberg Langzeitkrankenhaus Tauberbischofsheim
	komplementäre (nichtklinisch-stationäre) 80 Heime	3 Übergangseinrichtungen	
verlegte Patienten entlassen*)	848	293	1141 ←
verstorben	41	191	232 → (44)
?	222	3	225
	27	0	27
<b>QUERSCHNITT (1. 1. 1976)</b>	558 +	99 =	657
			304**)
		<u>961</u>	

\*) bedeutet: nicht mehr in Heim oder Übergangseinrichtung, unter Umständen zurück ins PLK (Angaben in Klammern)

\*\* ) 1 Jahr und mehr stationär (kumulativ)

Tabelle 2

*Wohnortnähe der Heime*

Früherer Wohnort und Heimort	Alle Heimbewohner (1974)		Ex-Patienten in Heimen (1976) in %
	in Baden- Württemberg in %	in der Region Franken in %	
im selben Kreis	68	56	26
im Nachbarkreis	16	20	35
weiter entfernt	16	23	39
<b>Anzahl</b>	44.558	2.874	528

Tabelle 3

Trägergruppen	Heimplätze	
	in Baden- Württemberg in %	für Ex-Patienten des PLK Weinsberg in %
öffentliche	18	5
gemeinnützige	70	51
private	12	44
Anzahl	44.558	528

**Literatur:**

Benett, D.: Community Psychiatry, British Journal of Psychiatry 132, 209-220 (1978).

Bennett, D.: Einige Bemerkungen zur Rehabilitation psychisch und geistig Behinderter in Großbritannien; in: Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit: Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn November 1975 (S. 797-827).

Brown, J. R. W. Ch., L. Ebringer und L. S. Freedman: A survey of a long-stay psychiatric Population: implications for community Services. Psychological Medicine 7, 113-126 (1977).

Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie: Empfehlungen der DGSP zur Humanisierung der Heime - Eine Stellungnahme gegen die Vernachlässigung psychisch Kranker und Behinderter in Heimen, Wunstorf 1978.

Finzen, A.: Zukunftsperspektiven der Versorgung psychisch Kranker in den 80er Jahren. Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde 8 (5) 150-158 (1979).

Kitzig, P.: Betreuungsformen chronisch psychisch Kranker außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses. Vortrag beim Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde am 28.29. September 1978 in Konstanz.

Kunze, H.: Psychiatrie-Reform zu Lasten der chronischen Patienten?. Nervenarzt 48, 83-88 (1977).

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

Kunze, H.: Die Reform der Psychiatrie und die Rehabilitation chronisch psychisch Kranker. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 3, 188-202, 1979.

Mann, Sh. und W. Cree: „New“ long-stay psychiatric patients: a national sample survey of fifteen mental hospitals in England and Wales 1972/3. *Psychological Medicine*, 6, 603-616 (1976).

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung, Baden-Württemberg: Heime für alte Menschen in Baden Württemberg - Erhebung 1974.

Otto, Sh. und J. Orford: Not quite like home: Small hostels for alcoholics and others. Chichester. J. Wiley 1978.

Rattray, W.; Rehabilitation in schizophrenia and the role of the community nurse. in: Reimer, F. (Hrsg.): Hilfsvereine und Laiengruppen als integrale Bestandteile psychiatrischer Versorgung, Düsseldorf. Janssen 1975.

Stiftung Rehabilitation Heidelberg: Funktion und Bedeutung von Übergangseinrichtungen, März 1979.

Wing, J. K. und R. Olsen (Eds.): Community care for the mentally disabled. Oxford University Press 1979.

Herrn Prof. Dr. F. Reimer und Mitarbeitern am Krankenhaus sowie in Heimen möchte ich für ihre vielfältige Unterstützung danken. Seit 1978 wird die Untersuchung als kumulatives Fallregister für psychisch Behinderte fortgeschrieben und ausgeweitet, finanziert von der Deutschen Forschungsgemeinschaft.

Kriterium: 1 Jahr kumulative Hospitalisationsdauer. Darunter sind nur 10 % geistig Behinderte, da für sie aufgrund der besonderen historischen Entwicklung in Baden-Württemberg ausreichend andere Einrichtungen vorhanden sind.

# Die Entwicklung der psychotherapeutischen Versorgung seit der Psychiatrie- Enquete

*H. Schepank*

Das harmlos klingende Thema „Die Entwicklung der psychotherapeutischen Versorgung seit der Enquete“ stellt mir eine heikle Aufgabe: gab es doch - wie jeder weiß - gerade um die Psychotherapie in der Enquete-Kommission die brisantesten Kontroversen.

Einige Feststellungen zuvor:

1. Psychotherapie ist zeitaufwendig; fünf Jahre sind folglich für eine Bilanz ein kurzer Zeitabschnitt - zumal bei einem insgesamt stabilen politischen und sozio-ökonomischen Rahmen in unserem Land.
2. Genaue Informationen sind auch für einen Experten nur schwer zu erhalten. Einige Gründe hierfür in Stichworten: zahlreiche Kostenträger; wenig Koordination, fließende Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit, vor allem Symptomwandel mit der Konsequenz unterschiedlicher, an der Versorgung beteiligter Berufsgruppen und deren zum Teil erhebliche Interessenskonflikte; terminologische Kosmetik (Patient versus Klient, Therapie versus Beratung oder Interventionsstrategie).

Wenn ich die heutige Lage der Psychotherapie umreiße, könnte ich im Vergleich zu 1975 an einem Beispiel belegen, daß gar nichts geschehen ist: Vor wenigen Tagen erhielt ich einen Brief eines Fachkollegen aus einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik. Er bat händeringend um einen Platz in einer Selbsterfahrungsgruppe zwecks psychotherapeutischer Weiterbildung. Diese Klinik liegt zwei Bundesländer von uns entfernt! sprich: in einem Entwicklungsland. Da qualifizierte Aus- und Weiterbildung von therapeutischen Experten die Grundlage jeder angemessenen Versorgung ist, könnte man die Lage als desolat bezeichnen.

Beispiel 2: Wenn Sie sich dieses 1975 eröffnete stattliche Haus hier ansehen mit einer gut funktionierenden psychosomatisch-psychotherapeutischen Klinik, Ambulanz und Konsiliardienst - von der Bettenzahl (48 Betten) her sogar eine der größten einschlägigen Universitätseinrichtungen dieser Art in der Bundesrepublik - dann möchte ich feststellen: es ist Beachtliches geschehen. Trotzdem ist die psychotherapeutische Versorgung in Mannheim keineswegs hervorragend, denn der schwerpunktmäßig wichtigste ambulante Sektor ist nach wie vor durch diese Klinik keineswegs auch nur annähernd zu befriedigen, schon gar nicht bei einem 50 bis 100 km umfassenden Einzugsradius von Norden, Süden und Westen.

Beispiel 3: Viel, um nicht zu sagen beunruhigend viel, geschieht in der Öffentlichkeitsarbeit der Medien, in der populären Literatur und

auch durch Veranstaltungen für Laien und Interessierte: Der Psychoboom rollt auf uns zu mit allen Chancen der Aufklärung, der Prävention, der Anregung zur Selbsthilfe, der Initiative zur Solidarhilfe und Aktivierung zu sinnvoller Freizeitgestaltung - aber natürlich auch mit den Risiken hektischer Betriebsamkeit, Fehlinformation und falscher Bedarfsweckung.

Was ist Psychotherapie? Damit wir vor der Diskussion einen gewissen Konsens herstellen, lassen Sie mich nach alter philosophischer Tradition mit einer gelungenen Definition von STROTZKA beginnen. Danach ist „Psychotherapie ein bewußter und geplanter interaktioneller Prozeß zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (Kommunikation) meist verbal, aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens“.

Als Gliederungsgesichtspunkt für die folgende Darstellung bieten sich die verschiedenen Therapieformen mit den ihnen zugeordneten Theorien (Psychoanalyse, Lerntheorien, Gesprächspsychotherapie, humanistische Psychologie, etc.) an; ebenso naheliegend wäre es, von den Berufsgruppen auszugehen, die die psychotherapeutische Versorgung tragen, von ihrer Aus- und Weiterbildung (den Ärzten, Psychologen, Psychagogen, Sozialarbeitern, etc.). Auch nosologische Gesichtspunkte der zu behandelnden Störungen bzw. Patientengruppen-Kategorien wären plausibel, z. B. an Hand von ICD-orientierten Statistiken. - Ich möchte einen die Versorgung entscheidend bestimmenden Aspekt zur Gliederung wählen, nämlich die bisher übliche Organisation der Versorgung nach stationärer und ambulanter und werde beide Bereiche jeweils weiter unterteilen. Ich will versuchen, Daten aus 1973/74 neueren Zahlen gegenüberzustellen oder die Entwicklungstendenzen zu skizzieren, soweit mir keine verlässlichen Zahlen zur Verfügung standen.

Die stationär psychotherapeutische Versorgung durch überregionale Spezialkliniken hat sich etwas verbessert. Damals gab es (hoch gerechnet) ca. 3000 Betten. Ich schätze den Zuwachs auf etwa 20 %. Auch eine ausgesprochen verhaltenstherapeutisch orientierte Fachklinik wurde in dem betreffenden Berichtszeitraum gegründet. Die bedauerliche regionale Ungleichverteilung ist - geblieben. Die Wartezeiten - ein bekanntlich nicht sehr sicheres Kriterium für „Bedarf“ - haben sich offensichtlich verkürzt. Ein erheblich weiterer Bettenbedarf an dieser Art von Kliniken ist meines Erachtens nicht mehr zu konstatieren. Diese Feststellung darf allerdings nicht isoliert und ohne Berücksichtigung der regionalen stationären Versorgung betrachtet werden.

Undurchsichtig ist die Eröffnung zahlreicher sogenannter psychotherapeutischer oder sogenannter psychosomatischer Kliniken, von denen man die Vermutung haben muß, daß sie sich diesen Namen nur zulegen aus dem verständ-

liehen Wunsch, mit diesem Etikett ihr eigenes Image zu verbessern, während sie eigentlich als psychiatrische oder internistische Kliniken bezeichnet werden müßten.

Völlige Stagnation - und das ist sehr bedauerlich - gegenüber 1975 herrscht hinsichtlich der Einrichtung kleinerer psychotherapeutischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern oder an gynäkologischen, internistischen, pädiatrischen und anderen Fachkliniken, die für die Standardversorgungsbereiche zuständig sind. Das Misplacement, also die Fehlbelegung, ist noch immer ein brennendes, ungelöstes Problem, zumal die meisten - selbst die großen - Kliniken nicht einmal einen eigenen funktionsfähigen psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Konsiliardienst unterhalten. Noch immer wird der größte Teil der Patienten mit funktionell vegetativen Störungen, Herzphobien, Tablettenintoxikationen nach der organologischen Ausschlußdiagnostik bzw. nach der Entgiftung an den Hausarzt zurückverwiesen ohne jegliche psychosomatisch-psychologische Fachdiagnostik, geschweige denn Psychotherapie.

Hier ist lediglich von einer veränderten Ausbildung der Mediziner und damit der künftigen Assistenten und niedergelassenen Ärzte ein Umdenkprozeß zu erhoffen, der die apparativ-technische Diagnostik und die physikalische und chemische (im weit verstandenen Sinne) Therapieorientierung in ein angemessenes und humanes Verhältnis zu psychologischer Diagnostik und Psychotherapie bringt - was nebenbei auch letztlich kostendämpfend wirken würde. Gewisse Hoffnungen setze ich hier auf die langfristigen Auswirkungen der neuen Approbationsordnung für Ärzte, deren erste Absolventen in den letzten beiden Jahren in den Assistenzarztstatus getreten sind.

Selbst im günstigsten Fall wird jedoch eine beträchtliche Zeit vergehen, ehe die Auswirkungen einer veränderten Basisausbildung auch die Weiterbildung und vor allem eine Institutionalisierung in dem genannten Sinne angeregt haben. Hier ist allerdings auch psychohygienische Öffentlichkeitsarbeit insofern zu leisten, als die betroffenen Patienten - und ich denke selbstverständlich bevorzugt an die mit den ICD-Nummern 300 bis 307 - ihre Erwartungseinstellungen an magische Hilfe durch Tabletten zu Gunsten einer unbequemerem Bemühung bei der psychotherapeutischen Arbeit ändern.

Ein weiterer Sektor stationärer Versorgung ist der Bereich der vom Rentenversicherungsträger finanzierten Heilverfahren. Eine nicht unbeträchtliche Zahl neuer Kurkliniken mit psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambitionen ist eröffnet worden. Hier scheint sich nach den Statistiken der Rentenversicherungsträger eine günstige Verlagerung in Richtung Psychotherapie abzuzeichnen. Bei den Psychoneurosen und Persönlichkeitsstörungen hat die Zahl der stationären Heilverfahren bei beiden Geschlechtern um etwa 50 % zugenommen; bei den psychogenen Körperstörungen (ICD 305) ist die Gesamtzahl der durchgeführten Heilverfahren etwa gleich geblieben. Die zusätzlich durchgeführten Psychotherapien stiegen jedoch um das Zehnfache (von 800 auf 8000) bei den Männern und um das Zwanzigfache (von 600 auf 12.000) bei den

Frauen an. Heilverfahren wegen Alkoholismus und Süchten nahmen in dem genannten Zeitraum (1975 versus 1977) auf fast das Doppelte bei beiden Geschlechtern zu; als Behandlungsart trat Psychotherapie hier allerdings deutlich in den Hintergrund. Trotzdem muß man wohl die frappierende Zunahme von Psychotherapie aus solchen amtlichen Statistiken aufgrund von Abschlußfragebögen auch mit einem gewissen Vorbehalt interpretieren. Heilverfahren wegen psychogener Körperstörungen (ICD 305, 9,1 %), Neurosen (ICD 300, 0,6 %), Fettsucht (3,5 %) und Hypertonie (4,0 %) machen einen beachtlichen Anteil an dem Gesamt aller diagnostischen Anlässe zur Verschickung aus. Die ICD-Nr. 305 steht insgesamt an dritter Stelle nach den Osteochondrosen (ICD 722 mit 14,6 %) und schmerzhaften Wirbelkörperveränderungen (ICD 728 mit 9,6 %). Hier wird also einiges im stationären Sektor getan, und wenn man die Personalschlüssel solcher Kurkliniken sieht, ist ihre Ausstattung jetzt nicht mehr nur hinsichtlich Turnhallen, gekachelter Bäder und bewaldetem Terrain, sondern auch hinsichtlich psychologisch psychotherapeutischer Personalkapazität bisweilen recht erfreulich.

Aus meiner Betrachtung klammere ich ausdrücklich die (heute meist in Form von Verhaltenstherapie betriebene) auxiliäre Psychotherapie im Rahmen klassischer Psychiatrie von Psychosen, Oligophrenien, Autismen, von psychiatrischer Rehabilitation und Neurosenbehandlung in psychiatrischen Landeskrankenhäuser aus. Ich nehme an, daß Herr Baumann hierauf näher eingehen wird.

Die meisten Experten sind sich darüber einig, daß der Schwerpunkt bei der Versorgung mit Psychotherapie im ambulanten Sektor liegt. Auf Krankheitsgruppen bezogen handelt es sich überwiegend um die Erkrankungen der ICD-Nr. 300 bis 302 und 305 bis 307 (303 und 304, Alkoholismus und Drogenproblematik bedürfen einer noch differenzierteren Betrachtung). Hier wiederum stehen epidemiologisch und somit versorgungsrelevant die Psychoneurosen (ICD 300) zahlenmäßig relevant ganz im Vordergrund. Das Spektrum der Versorgung reicht hierbei von einer gut überschaubaren und meist spezialisierten ärztlichen und /oder psychologischen Fachpsychotherapie über eine Vielzahl von Beratungsinstitutionen und die sogenannte kleine ärztliche Psychotherapie bis zu Quasi-Therapien und verliert sich in einer unübersichtlichen Grauzone.

Am besten überschaubar ist die durch die Psychotherapierichtlinien und -Ver einbarungen 1967 mit den RVO Kassen und 1971 mit den Ersatzkassen ver traglich festgelegte Fachpsychotherapie. Hier gibt eine verlässliche Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einen Überblick über ein gut funktionierendes, langsam wachsendes Versorgungssystem mit der interessanten Tendenz, daß auch die wichtige Gruppe der RVO-Kassenpatienten ansteigt und mehr Psychotherapie erhält. Zweifellos ist dieses Versorgungsnetz noch immer viel zu dünn und nicht ausreichend. Die bereits in der Enquete festgestellten wesentlichen Mängel der regionalen Ungleichverteilung bestehen weitgehend auch heute noch. Es gibt nur einige wenige Zentren in der Bundesrepublik (mit jahrzehntelang aktiven psychotherapeutischen Weiterbildungsinstituten), wo man von einer ausreichenden und funktionierenden Versorgung spre-

chen kann. - Dieses fachpsychotherapeutisch-ambulante Versorgungsnetz ist jedoch nicht schneller auszuweiten, als es die Kapazität der überwiegend privat institutionalisierten Weiterbildungsstätten erlaubt.

Die Mitgliederzahl der entsprechenden Fachvereinigung (DGPPT) erfaßt nahezu alle Ärzte und Psychologen mit einer abgeschlossenen vollanalytischen bzw. tiefenpsychologischen Weiterbildung. Man kann mit Sicherheit davon ausgehen - und das zu betonen ist mir wichtig - daß alle diese Mitglieder (1979: 775 Vollmitglieder) einen hohen Weiterbildungsstandard haben. Die Statistik zeigt ein kontinuierliches Ansteigen über drei Jahrzehnte und ein noch deutlicheres für den Berichtszeitraum.

Um bei diesem Fachverein zu bleiben und auch einige Zukunftsperspektiven aufzuzeigen, nenne ich Ihnen die neuesten Zahlen der in Weiterbildung Befindlichen: Derzeit befinden sich etwa 1300 Kandidaten in einer intensiven kontinuierlichen Weiterbildung, davon etwa 900 im Praktikantenstatus. Sie teilen sich etwa im Verhältnis 520 zu 380 hinsichtlich ihrer Vorbildung in Ärzte und Psychologen auf. Man kann damit rechnen, daß in den nächsten zwei bis drei Jahren ca. weitere 400 Fachpsychotherapeuten dieser Qualifikationsstufe die Versorgung mit tragen werden. Zu ergänzen ist, daß selbstverständlich nicht alle nach DGPPT-Standard weitergebildeten Ärzte und Psychologen ausschließlich im ambulanten Sektor tätig sind; ein Teil ihrer Kapazität kommt der stationären Versorgung und vor allem der Supervision, der Weiterbildung, der Universitätsausbildung und schließlich neuerdings auch der Forschung zugute.

Für den Bereich der ambulanten kinderpsychotherapeutischen Versorgung ist ein Blick auf die Mitgliederliste der Fachvereinigung der analytischen Kinderpsychotherapeuten, der früher sogenannten Psychagogen, interessant. Auch hier gilt, daß eine Mitgliedschaft nur nach einer abgeschlossenen qualifizierten Aus- und Weiterbildung erworben werden kann. Auch hier ist ein stetiges Ansteigen der Zahl der speziell Weitergebildeten zu verzeichnen: 1974: 320 Mitglieder, 1979: 520 Mitglieder, weitere 100 Ausgebildete sind nicht organisiert. Noch in Fachausbildung befinden sich ca. 400.

Ich will mich über den Sektor Kinderpsychotherapie hier nicht weiter äußern. Wegen der außerordentlich zahlreichen Institutionen und der verschiedenartigen Kostenträger ist hier eine Transparenz noch schwerer zu erreichen. Außerdem sind die Grenzen zur medizinisch orientierten Kinderpsychiatrie einerseits und zur Schulpsychologie andererseits außerordentlich fließend. Auch erschwert die beträchtliche Zahl unterschiedlicher, aber zweifellos ebenfalls wesentlich an der kinderpsychotherapeutischen Versorgung (im weit verstandenen Sinne) beteiligter Berufsgruppen eine Erfassung und Beurteilung beträchtlich. Eine Trendmeldung möchte ich jedoch hier abgeben: Die Zahl der Kinder, die zur Psychotherapie wegen einer psychotherapeutisch behandelbaren psychogenen Störung angemeldet werden, nimmt deutlich ab. Vor allem in den Zentren, wo bereits seit langem Kinderpsychotherapeuten ausgebildet werden und therapeutische Institutionen am Orte vorhanden sind, z. B. in Heidelberg.

Über bestimmte Regionen von Deutschland läßt sich somit sagen: Eine weitere zusätzliche Förderung der Weiterbildung von Kinderpsychotherapeuten unter Berufung auf einen großen Bedarf muß sorgfältig überdacht werden. Eine völlig neue Berufsgruppe hierfür erscheint mir kaum erforderlich. Hier beginnt selbstverständlich auch der Rückgang der Geburten sich auszuwirken, was bei einer langfristigen Planung zu berücksichtigen ist.

Die Zahl von Ärzten mit der von den regionalen Ärztekammern nach sehr unterschiedlichen Maßstäben verliehenen Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ nimmt laufend zu. Eine bundesweite Statistik liegt mir nicht vor. Sie wäre auch wenig aussagekräftig. Wichtiger für den ambulanten Versorgungssektor ist hier die Zahl der niedergelassenen Vertragspartner der Kassenärztlichen Vereinigungen: das sind derzeit 1300 Ärzte, 385 Psychologen und 340 Psychagogen. Es gibt unter ihnen jedoch eine Reihe von niedergelassenen Nervenärzten mit dem Zusatztitel „Psychotherapie“, die von dieser Möglichkeit nie Gebrauch machen und praktisch keine Psychotherapie (entsprechend den Psychotherapievereinbarungen), oft nicht einmal eine tiefenpsychologische Anamnesenerhebung durchführen.

Bisher sehr enttäuschend, wenn auch mit einem leichten Anstieg, verläuft die Entwicklung im Bereich der allgemeinärztlichen Psychotherapie, wie sie in Form von Zwanzig-Minutengesprächen von jedem niedergelassenen Arzt ohne besondere Zusatzqualifikation gegeben und kassentechnisch abgerechnet werden kann. Im Durchschnitt bekam nach meiner Information und Hochrechnung (aufgrund von Daten aus der statistischen Abteilung der KBV) 1976 jeder 500. Patient einmal solch ein psychotherapeutisches Zwanzig-Minutengespräch von irgendeinem Arzt, 1979 war es schon jeder 100. oder 200. Man muß aber bedenken, daß sich diese Therapieform faktisch sehr ungleich verteilt. Nur wenige Ärzte führen sie durch, und dort wieder ist sie konzentriert auf nur vereinzelte Patienten. Ich muß deshalb sagen: praktisch spielt diese Form von Psychotherapie leider bisher noch keine nennenswerte Rolle.

Das ist umso bedauerlicher, als wir aufgrund epidemiologischer Schätzungen bzw. Untersuchungen wohl vermuten dürfen, daß in der allgemeinärztlichen Praxis sowie in vielen Fachdisziplinen mit einem beträchtlichen Anteil psychogener Störungen zu rechnen ist; und zwar Störungen, die keineswegs alle eine aufwendige qualifizierte Fachpsychotherapie benötigen. Der Hoffnungsschimmer knüpft sich auch hier an eine künftige, nach der neuen ÄAppO ausgebildeten Ärztegeneration. Fortbildung, z. B. durch Balint-Gruppen, könnte den Versorgungsnotstand mindern helfen. Wesentlich mehr brächte wahrscheinlich -das muß ehrlich gesagt werden - eine Finanzierungsänderung zu Gunsten verbaler statt apparativ-technischer Leistungen.

Der ambulante fachpsychotherapeutische, aber privat-finanzierte Bereich ist nicht erfaßt, dürfte heute jedoch nur noch einen geringen Prozentsatz ausmachen.

Soweit mein Überblick des aus dem medizinischen Sektor organisierten Versorgungssystems mit Hilfe der gesetzlichen Krankenkassen.

Der Sektor der paramedizinischen psychotherapeutischen Versorgung ist sehr viel schwerer zu überblicken. Ich meine damit den Bereich, der nicht unmittelbar von Medizinstudenten, den Krankenkassen und den Rentenversicherungen finanziert wird. Die Bezeichnung „psychologisch“ ist nur schwerpunktmäßig richtig.

Es scheint mir an dieser Stelle wichtig, vergleichsweise die Zahl der Psychologen in der Bundesrepublik zur Kenntnis zu nehmen: Es waren (Stand 1974) ca. 10.000 Diplompsychologen und ca. 12.000 Psychologiestudenten. Danach kann man in etwa fünf Jahren mit einer Gesamtzahl von 20 bis 25.000 an den Universitäten ausgebildeten Psychologen rechnen. Das Max-Planck-Institut München beziffert in seinem Forschungsbericht (August 1978) die nicht-ärztlichen Therapeuten auf derzeit etwa 9.000 beratend und psychotherapeutisch Tätige. Von diesen sind weit mehr als die Hälfte Psychologen. Ihre drei wichtigsten Tätigkeitsfelder sind Beratungsstellen, stationäre Einrichtungen und freiberufliche (Einzel- oder Gruppen-) Praxen. Die Erhebung aus dem MPI ist sich ihrer Mängel voll bewußt, z. B. der Unschärfe des Psychotherapiebegriffes, der Abgrenzung zur Beratung, der nicht überall gebräuchlichen WHO-ICD-Diagnostik. Noch wesentlicher ist folgendes: Die Stichprobenbefragung mit einer Rücklaufquote von 68 bzw. 57 % der Befragten fällt in eine Zeit, wo eine berufspolitisch hochbrisante Gesetzgebung, das sogenannte Psychotherapeutengesetz ansteht, das einen dritten eigenständigen therapeutischen Berufsstand gesetzlich verankern soll, die psychotherapeutisch ausgebildeten Psychologen, die dann neben den Ärzten und den Heilpraktikern die Versorgung tragen. Um die Zahlenrelationen noch durch eine Hintergrundinformation zu ergänzen: Es gab einen verhaltenstherapeutischen Fachverein mit etwa 50 Mitgliedern, der inzwischen aufgelöst wurde. Das Niveau der klinisch psychotherapeutischen Fertigkeiten und die Weiterbildungsqualifikation der dort organisierten Psychologen dürfte wohl in vieler Hinsicht derjenigen der oben genannten DGPPT-Mitglieder entsprechen haben. Dagegen gibt es jetzt einen anderen verhaltenstherapeutischen Berufsverband mit ca. 5.000 eingeschriebenen Mitgliedern. Hier haben auch Personen ohne psychologisches Universitätsstudium Zugang wie Beschäftigungstherapeuten, Musiktherapeuten, etc. Wegen Fehlens eines Weiterbildungscurriculums oder entsprechender Mängel läßt die Mitgliederzahl solcher Vereine keinen Rückschluß auf das qualifizierte therapeutische Potential zu. Das ist aber höchst wichtig, wenn von den verantwortlichen Entscheidungsträgern darüber befunden wird, wer in der ambulanten psychotherapeutischen Patientenversorgung tätig werden soll und darf. Ein wesentlicher Mangel liegt jedoch eindeutig in der für das Ziel psychotherapeutischer Tätigkeit mangelhaften Grundausbildung. Dieser Mangel ist auch kurzfristig leider nicht behebbar. Entgegen vielen Behauptungen ist das Studium der Psychologie an den meisten deutschen Universitäten ohne genügenden Praxisbezug. Auch das hat die Münchener Untersuchung bestätigt. Wenn man z.B.

liest, daß in 25 psychologischen Universitätsinstituten, die einen Unterricht in klinischer Psychologie anbieten, nur insgesamt 77 Einzeltherapieräume und 42 Gruppentherapieräume zur Verfügung stehen - und das für oben genannte Studentenzahl, von denen über die Hälfte das Fach klinische Psychologie wählt - dann kann man sich vorstellen, wie gründlich diese Basisausbildung trotz bestem Willen aller Beteiligten sein kann. Einige eigenständige Praxiseinrichtungen in insgesamt 8 Instituten mit insgesamt 24 Diplompsychologen ergänzen das Angebot nur dürftig. Auch solchen Beratungsstellen fehlen aber selbstverständlich die für die Ausbildung notwendigen echt schwerkranken Patienten.

Es ist zu bedauern, daß die Grundausbildungszweige des Medizinstudiums und des Psychologiestudiums nach wie vor völlig getrennt verlaufen. Noch geringer ist die Kooperation nach abgeschlossenem Studium - mit Ausnahme derjenigen tiefenpsychologisch orientierten Weiterbildungsinstitute, wo die speziell engagierten Ärzte und Psychologen gemeinsam berufsbegleitend arbeiten oder wo sich Mediziner und Psychologen unter dem Dach einer Klinik, Ambulanz oder Beratungsstelle zusammenfinden.

Ich halte eine arbeitsteilige Spezialisierung für notwendig und effektiv und trete deshalb auch für eine eigenständige Gebietsbezeichnung der Psychosomatik/ Psychotherapie innerhalb der Medizin ein. Im ausdrücklichen Interesse der betroffenen Patienten muß jedoch das Gesundheitsversorgungssystem als Ganzes vernünftig und gemeinsam organisiert sein. Es darf nicht in zwei ganz verschiedene Bereiche - den einen nur für den Körper und einen anderen nur für „die Seele“ - auseinanderfallen.

Damit komme ich zum letzten Abschnitt der ambulanten Tätigkeiten. Von Versorgung wage ich hier nicht mehr zu sprechen. Auch trifft die eingangs gegebene Psychotherapiedefinition kaum noch zu: es handelt sich (a) um das weite und durchaus wichtige Gebiet nichtprofessioneller Aktivitäten und (b) diejenigen Veranstaltungen, die zwar von Fachleuten - meist Psychologen - angeboten werden, aber nicht mit der Zielsetzung der Gesundung bzw. Krankenbehandlung. In diesen Bereichen hat sich gerade in den letzten fünf Jahren außerordentlich viel getan.

Zum einen (a) haben sich Laienhilfe und Selbsthilfegruppen außerordentlich entfaltet. Gleichgesinnte und Gleicherkrankte versuchen einander beizustehen - im günstigen Falle noch mit Fachsupervision oder durch Vermittlung von Fachkräften. Die Aktivitäten reichen von den altbekannten Anonymen Alkoholikern und den Patienten mit Ileostomie/Colostomie (ILCO) über die Telefonseelsorge mit der Beteiligung von Laien bis zu Wohngemeinschaften und vielem anderen mehr. Die Entwicklung ist hier im Fluß. Literatur und Öffentlichkeitsarbeit helfen unterstützend mit. Verlässliche Zahlen gibt es verständlicherweise nicht.

(b) Der Markt, der insbesondere aus dem schönen warmen Kalifornien uns eine Reihe von originellen und manchmal auch streßreichen oder lustvollen Betätigungen beschert, ist bunt. Hier gilt es besonders, die Spreu vom Weizen zu

trennen, die seriösen ernstgemeinten und auch echt kreativen Zweige der humanistischen Psychologie und ihrer Encounter-, Therapie- oder didaktischen Techniken zu unterscheiden von denjenigen Blüten, die eine Vermarktung des Psychogeschäftes treiben mit allen Auswüchsen. Hier sollten auch einmal Warnungen ausgesprochen werden.

Ich fasse zusammen: Ein genaues Bild ist schwer zu gewinnen. Fünf Jahre sind für die Entwicklung eines psychotherapeutischen Versorgungssystems eine zu kurze Zeitspanne. Es ergibt sich für den stationären Sektor eine leichte Expansion. Es könnte sein, daß wir im Bereich der überregionalen Fachpsychotherapie und der psychotherapeutischen stationären Heilverfahren bald eine Bedarfssättigung erreicht haben. Das gilt nicht für die Notwendigkeit stationärer Psychotherapie innerhalb der Standardversorgungsbereiche in Form psychotherapeutischer Abteilungen und Konsiliardienste. Hier besteht nach wie vor ein Misplacement. Änderungen sind erst langfristig mit einer Umorientierung der Mediziner selbst und natürlich der Einstellungsänderung der Patienten zu erwarten. In der ambulanten Fachpsychotherapie hat sich das System der Psychotherapierichtlinien und Psychotherapievereinbarungen für die sogenannte große Psychotherapie auf dem RVO- und dem Ersatzkassensektor insgesamt bewährt. An einigen wenigen Stellen ist der Bedarf schon weitgehend gedeckt. Noch mehr als bei der stationären Versorgung fällt jedoch hier die regionale Ungleichverteilung ungünstig ins Gewicht. Es gibt noch außerordentlich viele Gebiete - oder sogar ganze Bundesländer - mit Null- oder extremer Mangelversorgung. - Hinsichtlich der analytischen Kinderpsychotherapie zeichnet sich stellenweise ein ausgeglichenes Versorgungsangebot ab, was bei der weiteren Planung, insbesondere im Hinblick auf den Geburtenrückgang, bedacht werden muß. Die Psychotherapie innerhalb der ambulanten ärztlichen Versorgung ist nach wie vor unterentwickelt. Zukunftshoffnungen knüpfen sich hieran die neue ärztliche Approbationsordnung. Auch erscheint eine selbständige Gebietsbezeichnung gerechtfertigt.

Die paramedizinische Versorgung mit Psychotherapie und Beratung zeigt eine sehr große personelle Expansion - nicht zuletzt unter Berufung auf den in der Enquete geäußerten hohen Bedarf. Hier muß jedoch Sorge getragen werden für eine vernünftige Koordination und nicht zuletzt Basisausbildung an den Universitäten sowie eine garantierte, solide Fachweiterbildung der psychotherapeutisch tätigen Berufsgruppen. Das geplante sogenannte Psychotherapeutengesetz sollte noch gründlich überdacht werden. - Die vor allem präventiv wichtigen Sektoren der Öffentlichkeitsarbeit, der Gruppendynamik und der Laienhilfe sind sehr in Bewegung geraten.

Ich habe versucht, Ihnen nach bestem Wissen einige rrw wesentlich erscheinende Entwicklungslinien im vergangenen halben Jahrzehnt nachzuzeichnen oder auch Stagnationen festzustellen. Dabei habe ich auch angedeutet, welche Einflüsse bestimmte Gesetzgebungsmaßnahmen im Bereich der Psychotherapie haben könnten.

Die meines Erachtens höchst wichtigen Bereiche ethischer Wertsetzungen habe ich dabei ebenso ausgeklammert wie die Frage der Kosten. Es konnte nicht ausbleiben, daß ich vielen von Ihnen auch recht unbequeme Feststellungen zugemutet habe. Vielleicht liegt es in der Natur der Sache: Etwas über Psychotherapie zu sagen, bedeutet nicht, erhebende Worte zu machen oder Beruhigungsmittel zu verteilen. Die Psychotherapie ist immer aufregend. Sie war es schon vor fünf Jahren. In dieser Hinsicht hat sich nichts geändert.

# Nutzen und Wirksamkeit psychischer Behandlungsmethoden in der Psychiatrie - einige grundsätzliche Überlegungen

*U. Baumann*

## *1. Einleitung*

In der vorliegenden Arbeit sollen anstelle von Aussagen, ob sich psychotherapeutische Betreuung von psychiatrischen Patienten in den letzten fünf Jahren geändert hat, einige grundsätzliche Überlegungen zum Thema psychische Behandlungsmethoden gemacht werden. Dies scheint mir aus folgenden Gründen gerechtfertigt zu sein:

- statistische Angaben zur psychotherapeutischen Versorgung durch nicht ärztliche Berufsgruppen in der Bundesrepublik Deutschland liegen erst seit kurzem vor (Bericht der Arbeitsgruppe „Psychotherapie“ des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie München). Da es sich in diesem Felde um eine erste Erhebung handelt, können daraus keine Verlaufsaussagen gewonnen werden.
- Die Diskussion um Psychotherapie ist in den letzten Jahren stark berufspolitisch geführt worden (Psychotherapeutengesetz), wodurch Fragen nach der wissenschaftlichen Begründung therapeutischen Handelns in den Hintergrund getreten sind.
- Die Entwicklung des „Psychosektors“ verläuft einseitig, indem die z. T. kommerziell vermarkteten Techniken immer mehr zunehmen, dies aber nicht mit einer wachsenden wissenschaftlichen Fundierung einhergeht

Unter diesen Randbedingungen ist es dringend notwendig, sich zuerst um eine wissenschaftliche Präzisierung therapeutischen Handelns zu bemühen und daraus abgeleitet berufs- und gesundheitspolitische Folgerungen zu ziehen. Die folgenden Bemerkungen sollten dazu einiges beitragen: zuerst wird auf mögliche Betrachtungsebenen menschlichen Verhaltens eingegangen, dann ein Versuch gemacht, Psychotherapie näher zu bestimmen. In einem nächsten Abschnitt soll die Frage nach der Überprüfbarkeit von Psychotherapie gestellt werden; daran schließen sich einige Ausführungen zum Stellenwert von Psychotherapie an. In einem letzten Abschnitt werden Schlußfolgerungen für das weitere Vorgehen gezogen.

Bereits hier sei betont, daß die Begriffe „Psychotherapie“ und „psychische Behandlungsmethoden“ synonym verwandt werden. Es gibt keinen rationalen Grund, den Begriff „Psychotherapie“ nur für tiefenpsychologische Methoden in Anspruch zu nehmen und andere Vorgehensweisen als „übende Verfahren, Beratung usw.“ zu bezeichnen und damit indirekt abzuwerten.

## 2. Mögliche Betrachtungsebenen für menschliches Verhalten

Menschliches Verhalten läßt sich unter verschiedenen Perspektiven konzipieren (Seidenstücker, Baumann, 1978 ; Wolberg, 1977):

- ökologische Perspektive (relevante Parameter: z. B. Wohndichte, geographische Lage),
- soziologische Perspektive (z. B. Berufsrollen, Schichtzugehörigkeit),
- psychologische Perspektive (z. B. Stimmung, Motivation, Leistungsfähigkeit),
- biologische Perspektive
  - physiologische Aspekte (z. B. Vegetatives Nervensystem),
  - biochemische Aspekte (z. B. Biogene Amine).

Die verschiedenen Betrachtungsebenen manifestieren sich jeweils in getrennten Wissenschaftseinheiten, doch finden sich heute vermehrt auch Ansätze, die multimethodal konzipiert sind, d. h. mehr als eine Perspektive umfassen. So befaßt sich die Psychophysiologie (Fahrenberg, 1979 a) mit Lebensprozessen, die sowohl psychologischer als auch physiologischer Methodik zugänglich sind. In der öko- oder Umweltpsychologie (Kaminski, 1976) bemüht man sich, Organismus-Umwelt-Beziehungen näher zu untersuchen. Auch zwischen Soziologie und Psychologie bestehen seit langem fließende Übergänge. Bei der multimethodalen Betrachtungsweise geht man davon aus, daß die Beschreibung des Menschen in nur *einer* Bezugsebene unzureichend ist. So lassen sich zwar Emotionen mit Selbstbeurteilungsfragebögen erfassen, doch würde damit nur zur psychologischen Perspektive eine Aussage gemacht und zu den anderen Bezugsebenen nicht. Die Messung des Blutdrucks wiederum gibt eine Angabe zum physiologischen System: beide Angaben - Blutdruck und Selbstbeurteilung - sind aber in sich einseitig und nicht umfassend. Eine sich ergänzende Betrachtungsweise (vgl. das Komplementaritätsprinzip nach Fahrenberg, 1979 b) wendet sich auch gegen den Reduktionismus, bei dem man anstrebt, die Aussagen der verschiedenen Ebenen letztlich in *einer* Perspektive zu verankern. Die multimethodale Betrachtungsweise führt zum Problem der Integration unterschiedlicher Denk- und Arbeitsweisen: auf diese Frage kann hier aber nicht näher eingegangen werden (vgl. Baumann, 1978).

## 3. Psychische Behandlungsmethoden

Den einzelnen Betrachtungsebenen, in denen der Mensch konzipiert werden kann, stehen auch unterschiedliche Behandlungsmethoden gegenüber (Wolberg, 1977):

- ökologische Ebene: „Ökotherapie“ (Milieuthérapie usw.),
- soziologische Ebene: Psychotherapie (Soziotherapie, Gruppentherapie, Familientherapie usw.),

- psychologische Ebene: Psychotherapie (individuumzentrierte Verfahren),
- biologische Ebene: Somatotherapie (Psychopharmaka, ECT usw.).

Die meisten Therapieverfahren postulieren, daß sie das Gesamtsystem Mensch zu verändern suchen, auch wenn sie vorwiegend in einer Sprache formuliert werden. So werden z. B. Psychopharmaka mit chemischen Formeln und biochemischen Wirkmechanismen, also auf der biologischen Ebene dargestellt, doch spricht man von psychotroper Wirkung (Benkert, Hippus, 1974), d. h. die Effekte sind auf der psychologischen Ebene erfaßbar. Verhalten kann also durch biochemische Prozesse verändert werden, wie umgekehrt biochemische Prozesse durch Verhaltensänderungen beeinflußt werden können (Fähndrich et al., 1979). Ein anderes Beispiel stellt die Sanierung von Wohnbaugebieten („ökotherapie“) dar, wodurch die psychische Gesundheit der einzelnen Bewohner verbessert werden kann (Einfluß im Ökosystem ist auf der psychologischen Ebene beobachtbar).

Bei jeder Therapieform steht die Frage im Vordergrund, was eigentlich die Wirksubstanz darstellt, respektive wann man mit gutem Grund von einer begründeten Therapie reden kann. Auf jeder Bezugsebene finden wir Maßnahmen, die Alltagshandeln darstellen und die man von Therapie im engeren Sinne abgrenzen sollte. So sind z. B. Gruppenerlebnisse in informellen Gruppen möglich, sie werden für die persönliche Weiterentwicklung in Kursen angeboten, und sie stellen für psychisch Kranke eine Therapiemaßnahme dar. Wir haben also einen fließenden Übergang von Alltagserfahrung zu gezielt vermitteltem Erleben, zu therapeutischem Geschehen.

Bevor wir uns nun um eine Definition von Psychotherapie bemühen, soll zu erst geklärt werden, wieweit dies notwendig ist. Solange sich Psychotherapie im Privatraum abspielt, eine Lebensphilosophie oder Religionsäquivalent darstellt, wenig kommerzialisiert ist, „Therapeuten“ nicht auf Kosten von Notleidenden leben und die Allgemeinheit nicht für Kosten aufkommen muß, die im Zusammenhang mit Psychotherapien anfallen, sind Reglementierungen, Definitionen und Kontrollen entbehrlich. Wenn aber diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind, dann kann man entsprechende Präzisierungen nicht mehr umgehen. Damit soll aber nicht jede Form von nachbarschaftlicher Hilfe, Selbsthilfe, neue Formen therapeutischen Geschehens usw. durch Reglementierung abgeblockt werden.

Für eine Umschreibung, was Psychotherapie sei, soll im folgenden die Definition von Strotzka (1975, S. 4; vgl. auch Wolberg, 1977, der eine Sammlung von Definitionen bringt) in erweiterter Form angeführt werden:

„Psychotherapie ist ein bewußter und geplanter interaktioneller Prozeß zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes,

nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens."

Folgende Bestimmungsstücke sind also erkennbar:

- Psychotherapie stellt eine geplante Maßnahme dar, die zu Änderungen führen soll.
- Die Maßnahmen sind im Zusammenhang mit Verhaltensstörungen, Leidenszuständen zu sehen, die als behandlungsbedürftig angesehen werden. Damit wird ein Krankheitsbegriff und damit zusammenhängende deflatorische Probleme angesprochen.
- Als Mittel zur Herbeiführung der Änderung werden Interaktionsprozesse, d. h. psychologische Maßnahmen eingesetzt, die im Erlebens- und Verhaltensbereich ihren Ansatzpunkt haben.
- Psychotherapie ist dabei ein zielorientierter Prozeß (vgl. Ludwig, Arend, Baumann, in Vorbereitung).
- Psychotherapie ist ein Prozeß, der theoretisch fundiert sein muß und zwar bezüglich gesundem/normalem Verhalten und gestörtem/krankem Verhalten. Insbesondere gehören dazu differentielle Überlegungen zu Ätiologie, Verlauf und Syndromatik.

Ergänzend zu Strotzka ist im weiteren zu fordern, daß Psychotherapie auch für das Handeln theoretisch fundiert ist, was eine Voraussetzung der Lehrbarkeit darstellt. Dabei darf man aber nicht die Illusion haben, daß das gesamte Handeln direkt aus Therapiestudien abgeleitet werden kann (vgl. Westmeyer, 1978; Herrmann, 1976).

Als weiterer wichtiger Punkt ist die empirische Überprüfung von Psychotherapien zu fordern. Anhand von konkret durchgeführten Psychotherapien ist zu zeigen, daß einfachere Maßnahmen, respektive das Abwarten (Spontanremission) nicht zu entsprechenden Änderungen geführt hätte. Mittels Fanstudien ist dieser Nachweis schwieriger zu führen als mittels Gruppenstudien, die Kontrollgruppen mit einschließen. Der Stellenwert von Gruppenstudien darf dabei aber auch nicht überschätzt werden (vgl. Baumann, 1981 a).

Obwohl die angeführten Punkte keinen Kriterienkatalog darstellen, der eine eindeutige Beurteilung zuläßt, haben wir dennoch einen Bezugsraum, in dem wir vorhandene Therapieformen diskutieren können..

Geht man von einer Psychotherapiedefinition aus, so wäre wichtig zu wissen, auf welche therapeutischen Maßnahmen diese zutrifft und wie weit es unterschiedliche Psychotherapieformen gibt. Dieser Punkt läßt sich zur Zeit nur sehr schwierig beantworten und würde einer besonderen Abhandlung bedürfen. Man kann aber davon ausgehen, daß mit dem Wort „Psychotherapie“ konkretes klinisches Handeln nicht umschrieben ist, da darunter Unterschiedliches

verstanden wird. Nach Korchin (1976) kann man zumindest drei verschiedene Sicht- und Arbeitsweisen unterscheiden: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie (unter Berücksichtigung auch der kognitiven Elemente) und humanistisch-existentielle Verfahren (Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, diverse Gruppentherapien). Steht bei der Psychoanalyse die Aufarbeitung der Biographie im Vordergrund, so wird bei der humanistisch-existentiellen Richtung das aktuelle Erleben betont. Bei den verhaltenstherapeutischen Therapieformen haben wir einen starken Gegenwartsbezug unter Berücksichtigung der Umwelt.

Kürzel wie Verhaltenstherapie, Psychoanalyse usw. können dabei unterschiedlichen Stellenwert haben:

- „dogmatische Sichtweise“. Es wird davon ausgegangen, daß eine Hauptrichtung (z. B. Psychoanalyse oder Verhaltenstherapie) für alle Störungen indiziert ist. Andere Behandlungsformen werden dabei vielfach als unwissenschaftlich, inadäquat usw. bezeichnet. Therapieverbände neigen oft zu dieser „dogmatischen“ Haltung.
- „differentielle Sichtweise“. Die Grenzen einzelner Richtungen werden anerkannt; die Ansätze werden für unterschiedliche, manchmal auch überlappende Patientengruppen als geeignet betrachtet.
- „Baukastenprinzip“. Man versucht, sich vom herkömmlichen Schuldenken zu lösen und übergeordnete Therapieelemente zu definieren, die man auf unterschiedliche Weise, je nach Situation des Patienten, kombiniert. Zu nennen wäre die multimodale Verhaltenstherapie nach Lazarus (1978) oder Ansätze aus der Denk- und Handlungspsychologie, die Psychotherapie als Problemlösungsprozeß konzipieren (z. B. Bastine, 1978). Dabei kann z. B. das Wort „Gesprächspsychotherapie“ ein Kürzel für ein bestimmtes Verhalten während einer Phase der Therapie darstellen.

In den letzten Jahren hat sich ein deutlicher Trend in Richtung der beiden letzteren Sichtweisen ergeben, insbesondere was die Forschung betrifft. Zusammenfassend kann man sagen, daß der Begriff Psychotherapie ohne Spezifizierung zu allgemein ist. Gleichzeitig wird ersichtlich, daß bisher keine einheitliche, allgemein verbindliche Sprache vorliegt, in der die „Wirksubstanz“ Psychotherapie beschrieben werden könnte. Dies kann ein Zeichen für einen noch wenig erforschten Gegenstand sein, man kann es aber auch als begrüßenswerten Pluralismus sehen, der für die Komplexität des Menschen angemessener ist als eine Einheitstheorie der Psychotherapie.

#### *4. Oberprüfung von Psychotherapien*

Psychotherapieformen bedürfen einer empirischen Überprüfung, wenn sie den Status der Wissenschaftlichkeit in Anspruch nehmen wollen. Im Vordergrund stehen dabei Therapietechniken, wie immer sie definiert sein mögen. Psychotherapie ist aber nicht eine Technik, die losgelöst von einem Menschen - wie eine Tablette - verabreicht werden kann, sondern sie stellt ein Interaktionsgeschehen dar zwischen einem Patienten und einem Therapeuten. Man hat da-

her seit langem schon - zwar mit unterschiedlichem Gewicht - in der Psychotherapieforschung der Einflußgröße Therapeut Beachtung geschenkt (vgl. Gurman, Razin, 1977), so daß neben der unabhängigen Variablen Technik vielfach auch die Variable Therapeut berücksichtigt wird. Werden noch unterschiedliche Störformen/Diagnosen untersucht, so kommt man für Therapiestudien auf dreifaktorielle Versuchspläne (Goldstein, Stein, 1976). Dabei interessieren vor allem folgende Fragestellungen (vgl. auch Pharmastudien):

- hat eine Therapieform bei einer bestimmten Patientengruppe eine Wirkung (Eingruppenversuch)?
- ist eine Therapieform bei einer bestimmten Patientengruppe besser als „Placebo“ (unspezifische Therapieform)?
- bei welchen Patientengruppen ist Therapieform X besonders wirksam?
- ist bei einer bestimmten Patientengruppe Therapieform X besser als Therapieform Y?

Betrachtet man den Therapeuten gegenüber der Technik als wesentlicher, so wäre anstelle der Therapieform die Variable „Therapeut“ einzusetzen. Sind beide Größen gleich relevant, so käme ein zusätzlicher Faktor hinzu. Eine Entscheidung über diese Frage scheint aber im Moment nicht möglich zu sein, da beide Einflußgrößen zu kontrollieren wären.

Neben den unabhängigen Variablen kommen die Zielkriterien, d. h. abhängigen Variablen hinzu, die nicht univariat, sondern multivariat zu formulieren wären. Die globale Einstufung des Therapieerfolges ist nach bisherigen Forschungsergebnissen unzureichend (vgl. Köhnken et al., 1979). Fassen wir alle Bestimmungsstücke der Therapiestudien zusammen, so kommen wir zur sogenannten Indikationsfrage (Baumann, Seidenstücker, 1979): bei welchem Patienten mit welcher psychischen Störung ist welche Behandlungsmaßnahme, bzw. welche Sequenz von Behandlungselementen durch welchen Therapeuten zu welcher Zielsetzung wie angemessen, wie effektiv und wie effizient? Eine ausführliche Diskussion der Indikationsfrage findet sich bei Baumann (1981b).

Der Therapieerfolg ist also nach drei Kriterien zu beurteilen. Zum einen ist die *Angemessenheit* einer Therapieform auf Grund allgemeiner Gesichtspunkte (Menschenbild, Ethik usw.) zu überlegen, zum ändern aber auch im Hinblick auf den konkreten Patienten (vgl. Kazdin, Wilson, 1978: „Konsumentenbeurteilung“). Gerade in der Psychiatrie ist dieser Aspekt oft vernachlässigt worden. Die *Effektivität* einer Therapieform gibt an, wie gut die Ziele erreicht werden können, die *Effizienz* weist auf Kosten/Nutzen-Relationen hin (vgl. Ginsberg, Marcs, 1977).

Insgesamt gesehen steht man bei der Überprüfung von Psychotherapieformen vor sehr detaillierten methodischen Anforderungen (vgl. Köhnken et al., 1979), denen zu genügen in der Praxis oft sehr schwierig ist. Als Leitbild sind derartige Forderungen dennoch wichtig; sie geben auch an, welche Aussagen in konkreten Therapiestudien machbar sind und welche nicht, j

## 5. Ergebnis von Therapiestudien

Wenn über Nutzen und Wirksamkeit psychischer Behandlungsmethoden Aussagen gemacht werden sollen, kann man sich an Experten wenden, bei denen praktische Erfahrung, Fallberichte, Therapiestudien und theoretisches Wissen die Beurteilungsgrundlage abgeben (z. B. Reimer, 1978; Americ. Psychiatrie Ass., 1976; Meyer, Chesser, 1975). Gerade bei psychotherapeutischen Verfahren lassen sich aber für jede Therapieform Experten finden, die bestimmte Techniken als besonders wertvoll charakterisieren und daraus die Forderung ableiten, jeder Patient müßte möglichst viel mit dieser Therapieform behandelt werden. Es empfiehlt sich daher, zusätzlich zu den Experten sich auf empirische Studien zu stützen und deren Aussagen von der eigenen Erfahrung, die durchaus von großer Bedeutung ist, zu trennen. Besonders aussagekräftig sind differentielle Therapiestudien, wie sie z. B. Grawe (1976) und Plog (1976) oder Sloane et al. (1975) durchgeführt haben. Eine weitere Aussagequelle stellen Literaturagglutinationen dar, d. h. Systematisierungen von Therapiestudien. In neuerer Zeit wurde verschiedentlich der Versuch gemacht, aus der Fülle an Therapiestudien durch systematisches Vorgehen Aussagen über Psychotherapieformen zu gewinnen. Zu nennen wären Meltzoff, Kornreich (1970), Luborsky et al. (1971, 1976), Smith und Glass (1977), Hollon, Beck (1978) (vgl. auch Übersichtsartikel in Garfield, Bergin (1978)).

Auf die Probleme der Literaturagglutination kann hier nicht eingegangen werden, insbesondere nicht auf die Frage, wieweit man die Studien nicht nach ihrer Güte gewichten müßte (vgl. dazu Köhnken et al., 1979; Baumann, 1981 a).

Die Ergebnisse dieser Literaturanalysen kann man - ganz grob - wie folgt zusammenfassen:

- Psychotherapie (nicht nach Techniken spezifiziert) führt in der Mehrzahl der Fälle zu positiven Veränderungen.
- Die Therapieerfolge sind in den unterschiedlichen Richtungen nicht gravierend verschieden (Smith, Glass, 1977). Die Favorisierung einzelner Richtungen ist daher nicht gerechtfertigt.
- Es zeichnen sich für einzelne Diagnosen/Störgruppen Hinweise ab, daß bestimmte Therapieformen besonders erfolgreich sind; diese Ergebnisse sind aber noch nicht völlig abgesichert (Goldstein, Stein, 1976).
- Bei Psychosen ist nicht nur die Frage des Therapieerfolgs gegenüber „Placebo“ von Interesse, sondern auch der Vergleich zu Psychopharmaka (Leff, 1979; Hollon, Beck, 1978). Die Therapiestudien zeigen, daß - vor allem bei stationären Patienten - Psychopharmaka gegenüber Psychotherapie oder Placebo überlegen sind; als Zielkriterium wird dabei meist die Symptomatik genommen. Der Stellenwert von Kombinationstherapien (Psychopharmaka und Psychotherapie) ist bisher noch unklar, da die wenigen Ergebnisse keinen eindeutigen Trend erkennen lassen. Teilweise kann man vermuten, daß bei bestimmten Patienten unter Kombinationstherapien die Rückfallquote geringer ist als unter anderen Behandlungsmethoden.

Eine differenzierte Beurteilung des Nutzens von Psychotherapie bei psychiatrischen Patienten ist aber aus folgenden Gründen auf der Basis von Therapiestudien noch nicht möglich:

- Es liegen bisher zu wenig methodisch und inhaltlich zufriedenstellende Studien vor.
- In mehreren Studien wird die unabhängige Variable Psychotherapie nicht näher spezifiziert, so daß man nicht ohne weiteres annehmen kann, daß es sich um mehr als ein hilfreiches Alltagsgespräch handelt. Auch bei den tiefenpsychologisch orientierten Behandlungsformen liegen vielfach keine Psychotherapien im engeren Sinn vor. Dies zeigt sich auch in der Dauer und Frequenz der Gespräche, die teilweise eine Stunde pro Woche betrug.
- Das Therapieziel wurde vielfach zu wenig umfassend überprüft; in der Regel stehen Symptomlisten mittels Selbst- oder Fremdbeurteilung im Vordergrund. Vom Konzept der multimodalen Diagnostik her (Seidenstücker, Baumann, 1978; vgl. auch Abschnitt 2) wären aber neben der Symptome auch Zufriedenheit, Arbeitsverhalten, Sozialverhalten usw. wichtige Parameter. Die Arbeit von Weissmann et al. (1976) belegt dies deutlich.
- Es gibt bisher nur wenige Studien, bei denen die Therapiekonzepte auf die spezifischen Belange der Störungen abgestimmt worden sind. Die wenigen Untersuchungen, die dies berücksichtigen, scheinen erfolversprechender zu sein als Studien mit unspezifischen Therapieformen. Als Beispiel seien Überlegungen von Süllwold und Gentz (1978) zu nennen, die von einer Theorie der Basisstörungen der Schizophrenie ausgehen und gezielt „kompensatorische“ psychotherapeutische Maßnahmen ergreifen (vgl. auch Mosher, Keith, 1979). Auch die kognitiven Therapieansätze bei Depressionen, die auf psychologischen Modellvorstellungen der Depression beruhen, deuten auf positive Ergebnisse hin (Hollon, Beck, 1978; Hautzinger, 1979).

## 6. *Schlußfolgerungen*

Aus den bisherigen Ausführungen sind zwei Schlußfolgerungen zu ziehen:

(1) Psychotherapieforschung im psychiatrischen Bereich, insbesondere bei Psychosen, muß methodisch und inhaltlich differenzierter betrieben werden, damit man zu verlässlicheren Aussagen kommt. Einige zu berücksichtigende Aspekte sind bereits im Abschnitt 5 angeführt worden.

(2) Psychotherapieforschung im stationären Sektor, aber auch im ambulanten Bereich, darf Therapie nicht als isoliertes Geschehen betrachten, sondern muß sie in ein Gesamtkonzept der möglichen Einflußgrößen einbetten, mit denen man Menschen verändern kann. Die ökopyschologie und die Verhaltenstherapie weisen darauf hin, daß der Mensch, respektive der Patient in einem Gesamtsystem Individuum-Umwelt zu sehen ist. Für einzelne Institutionen ist dieses Gesamtsystem zuerst wissenschaftlich aufzuarbeiten, bevor man über den Stellenwert einzelner Größen etwas sagen kann. Für den Bereich eines psych-

iatrischen Landeskrankenhauses haben wir versucht, eine entsprechende Taxonomie aufzustellen (Baumann et al., in Vorbereitung), die die wichtigsten Einflußgrößen beinhaltet. Folgende vier Bereiche sind zu unterscheiden:

- physikalische Umwelt (z. B. räumliche Umwelt, geographische Lage, materielle Versorgung),
- soziale Umwelt (z. B. Stationspersonal, Patienten, Interaktionsformen zwischen den verschiedenen Personen),
- Therapieangebot im engeren Sinn (z. B. Gruppentherapie, Arbeitstherapie, Pharmakotherapie),
- Organisationsstruktur (z. B. Bettenkapazität, Personal/Patient Quotient).

Erst durch Kenntnis der verschiedenen Parameter kann man deren Gewicht im Hinblick auf unterschiedliche Zielsetzungen bestimmen. Dabei sind die Kriterien Angemessenheit, Effektivität und Effizienz zu berücksichtigen. Wenn man eine Einflußgröße kennt, kann man auch deren Beziehung zu anderen Parametern abschätzen. Liegen z. B. gravierende Mängel in der physikalischen Umwelt vor (ungenügende Wohn/Schlafräume), so ist vermutlich mit psychotherapeutischen Maßnahmen eher wenig zu erreichen. Die Unzulänglichkeiten in der physikalischen Umwelt führen zu neuen Problemen, die es dem Patienten erschweren, die in der Therapie gewonnene Erfahrung gewinnbringend umzusetzen und zu vertiefen.

Durch eine Gesamtbetrachtung ist ein integriertes Therapieangebot denkbar, das die verschiedenen Bezugsebenen ausreichend berücksichtigt (vgl. Abschnitt 2) und sie koordiniert. Erst auf diesem Hintergrund ist eine Beurteilung von Nutzen und Wirksamkeit einzelner Wirkgrößen, darunter auch der Psychotherapie im engeren Sinne, auf befriedigende Weise möglich.

### *Literatur*

American Psychiatric Association (APA) Verhaltenstherapie in der Psychiatrie. Darmstadt: Steinkopf-Verlag (UTB 614), 1976 (orig. engl. 1973).

Bastian, R. Strategien psychotherapeutischen Handelns. In F. Reimer, 1978.

Baumann, U. Klinische Psychologie im Widerspruch. Christiana Albertina, 1978, 9, 23-33.

Baumann, U. Differentielle Therapiestudien und Indikation. In U. Baumann, 1981 a.

Baumann, U., (Hg.) Indikation zur Psychotherapie. München: Urban und Schwarzenberg, 1981b.

Baumann, U., Berbalk, H., Seidenstücker, G. Klinische Psychologie-Trends in Forschung und Praxis, Band 1. Bern, Stuttgart: Huber, 1978.

Baumann, U., Berbalk, H., Seidenstücker, G. Klinische Psychologie-Trends in Forschung und Praxis, Band 2. Bern, Stuttgart: Huber, 1979.

- Baumann, U., Groeneveld, P., Ellinghaus, R. Psychiatrische Klinik als Ökosystem (in Vorbereitung).
- Baumann, U., Seidenstücker, G. Indikation zur Therapie psychischer Störungen. In Bericht über den 31. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Mannheim 1978. Göttingen: Hogrefe, 1979.
- Benkert, O., Hippus, H. Psychiatrische Pharmakotherapie. Berlin: Springer, 1974.
- Fähndrich, E., Linden, M., Müller-Oerlinghausen, B. Biochemische Aspekte psychischer Störungen. In U. Baumann et al., 1979.
- Fahrenberg, J. Das Komplementaritätsprinzip in der psychophysiologischen Forschung und psychosomatischen Medizin. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 1979, 27, 151-167.
- Fahrenberg, J. Psychophysiologie. In K. P. Kisker, J. E. Meyer, C. Müller, E. Strömgen (Hg) Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 1/1. Berlin: Springer, 1979, (2. Aufl.).
- Garfield, S. L., Bergin, A. E. (Eds) Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley, 1978, (2. Auflage).
- Ginsberg, G., Marks, I. Costs and benefits of behavioural psychotherapy: a pilot study of neurotics treated by nurse-therapists. Psychological medicine, 1977, 7, 685-700.
- Goldstein, A. P., Stein, N. S. (Eds) Prescriptive psychotherapies. New York: Pergamon, 1976.
- Grawe, K. Differentielle Psychotherapie I. Bern, Stuttgart: Huber, 1976.
- Gurman, A. S., Razin, A. M. (Eds) Effective psychotherapy. New York: Pergamon, 1977.
- Hautzinger, M. Psychologische Therapie depressiver Reaktionen. In M. Hautzinger, N. Hoffmann (Hg) Depression und Umwelt. Salzburg: Müller 1979.
- Herrmann, Th. Die Psychologie und ihre Forschungsprogramme. Göttingen: Hogrefe, 1976.
- Holion, S., Beck, A. T. Psychotherapy and drug therapy: comparison and combinations. In S. L. Garfield, A. E. Bergin, 1978.
- Kaminski, G. (Hg) Umweltpsychologie. Stuttgart: Klett, 1976.
- Kazdin, A. E., Wilson, G. T. Criteria for evaluating psychotherapy. Archives of general psychiatry, 1978, 35, 407-416.
- Köhnken, G., Seidenstücker, G., Baumann, U. Zur Systematisierung von Methodenkriterien für Psychotherapiestudien. In U. Baumann et al., 1979.
- Korchin, S. J. Modern clinical psychology. New York: Basic Books. 1976.
- Lazarus, A. A. Multimodale Verhaltenstherapie. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie, 1978 (Orig. engl. 1976).
- Leff, J. Die Kombination von psychiatrischer Pharmakotherapie mit Soziotherapie. Nervenarzt, 1979, 50, 501-509.
- Luborsky, L., Chandler, M., Auerbach, A., Cohen, J. Factors influencing the outcome of psychotherapy: a review of quantitative research. Psychological bulletin, 1971, 75, 145-185.
- Luborsky, L., Singer, B., Luborsky, L. Comparative studies of psychotherapies: is it true that „everybody has won and all must have prizes"? In R. L. Spitzer, D. F. Klein, 1976.
- Ludwig, G., Arend, B., Baumann, U. Therapieziele. In Vorbereitung.

- Meltzoff, J., Kornreich, M. Research in psychotherapy. New York: Atherton, 1970.
- Meyer, V., Chesser, E. Verhaltenstherapie in der klinischen Psychiatrie. Stuttgart: Thieme, 1975 (2. Aufl.; orig. engl. 1970).
- Mosher, L. R., Keith, S. J. Research on the psychosocial treatment of Schizophrenia: a summary report. American Journal of Psychiatry, 1979, 136, 623-631.
- Plog, U. Differentielle Psychotherapie II. Bern, Stuttgart: Huber, 1976.
- Reimer, F. (Hg) Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie im psychiatrischen Krankenhaus. Stuttgart: Thieme, 1978.
- Seidenstücker, G., Baumann, U. Multimethodale Diagnostik. In U. Baumann et al., 1978.
- Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkstone, H. J., Whipple, K. Psychotherapy versus behavior therapy. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press, 1975.
- Smith, M. L., Glass, G. V. Meta-Analysis of psychotherapy outcome studies. American Psychologist, 1977, 32, 752-760.
- Spitzer, R. L., Klein, D. F. (Eds) Evaluation of psychological therapies. London: Johns Hopkins Univ. Press, 1976.
- Süllwold, L., Gentz, K. Überlegungen zu einer mehr spezifischen Psychotherapie bei schizophrenen Erkrankten. In F. Reimer, 1978.
- Strotzka, H. Was ist Psychotherapie? In H. Strotzka (Hg). Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. München: Urban und Schwarzenberg, 1975.
- Weissmann, M., Klerman, G. L., Brusoff, B., Hanson, B., Paykel, E. The efficacy of psychotherapy in depression: Symptom remission and response to treatment. In R. L. Spitzer, D. F. Klein, 1976.
- Westmeyer, H. Wissenschaftstheoretische Grundlagen Klinischer Psychologie. In U. Baumann et al., 1978.
- Wolberg, L. R. The technique of psychotherapy. New York: Grüne & Stratton, 1977 (3. Aufl).

# Die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit

## Grenzbereiche der Versorgung durch die j Gesundheitsdienste

*H. Katschnig*

### *Einleitung*

Daß psychische Störungen als Krankheit aufgefaßt werden, ist, historisch gesehen, eine relativ junge Entwicklung. Erst Ende des 18. Jahrhunderts wurden in einigen Ländern Europas Gesetze erlassen, die die Gruppe der psychisch Kranken von anderen Personen mit abweichendem Verhalten abhoben. Bis dorthin waren psychisch Kranke, je nachdem unter welchem Aspekt sie auffällig geworden waren, unter die Armengesetze, die Strafgesetze oder die Landstreichergesetze gefallen und nicht behandelt, sondern nur ausgesondert worden (Segal & Aviriam, 1977; Dörner, 1969). Freilich hat es bis in unsere Tage hinein gedauert, bis die Definition psychischer Störungen als Krankheit eine zumindest teilweise Anerkennung auch durch die öffentlichen Finanzierungssysteme der Wiederherstellung der Gesundheit, also durch die Krankenkassen gefunden hat. Es ist noch gar nicht so lange her, daß aus den Heil- und Pflegeanstalten psychiatrische Krankenhäuser geworden sind und die Kosten der stationären Behandlung, zumindest für eine gewisse Dauer, von den Krankenkassen übernommen werden.

Die medizinischen Versorgungsdienste werden gerne - wie auch im Titel meines Vertrags - als Gesundheitsdienste bezeichnet. Freilich handelt es sich bei diesen „Gesundheitsdiensten“ eigentlich um „Krankheitsdienste“. Die Berechtigung, durch diese Dienste Hilfe zu erhalten, ist an die Definition der betreffenden Person als „krank“ gebunden. Die Zuständigkeit für diese Definition liegt in der Hand der „Krankheitsfachleute“, also der Ärzte, was sich besonders deutlich beim sogenannten „Krankschreiben“ manifestiert, oder bei der „Aussteuerung“ aus der Krankenkasse bei stationärer psychiatrischer Betreuung durch die Vertrauensärzte der Krankenkassen.

Solange Ärzte und Psychiater innerhalb der traditionellen medizinischen Einrichtungen ihrer Tätigkeit relativ ungestört und unkritisiert nachgehen können, solange das medizinische und psychiatrische Versorgungssystem „abwartend“ arbeitet, d. h. sich nur mit solchen Personen befaßt, die an die Dienste herankommen (von selbst oder von anderen gebracht), solange bleibt die Diskussion um die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit im wesentlichen akademisch. Wenn jedoch, wie heutzutage, die Psychiatrie ihren abgesicherten Binnenbereich verläßt und „extra muros“ geht, stößt ihr in einer langen Entwicklung erworbenes und durch die Sozialgesetzgebung und die Finanzierungsformen zementiertes Krankheitskonzept mit anderen Vorstellungen über die Natur, ja über die Existenz psychischer Störungen überhaupt, zusammen.

Seit durch die Einführung der Psychopharmaka größere Zahlen psychisch Kranker aus den psychiatrischen Krankenanstalten entlassen werden konnten, haben auch Nichtpsychiater begonnen, sich mit diesen Fragen auseinanderzusetzen, zum Teil in recht polemischer Art. Der, im extremsten Fall, völligen Ablehnung des psychiatrischen Krankheitskonzeptes steht aber auf der anderen Seite die Tatsache gegenüber, daß die Psychiatrie jenseits der Anstaltsmauern Hoffnung auf Hilfe in solchen Gebieten geweckt hat, die traditionell anderen gesellschaftlichen Sektoren zugeordnet sind. Die Psychiatrie drang z. B. in den Bereich der Erziehung, des Strafvollzugs, der Bekämpfung der Armut, der gesamten übrigen Medizin ein: Kinderpsychiatrie, Sozialtherapie, Community Mental Health (in den USA) und psychosomatische Medizin sind die Schlagworte für diese Tendenz, in neue Gebiete vorzudringen. Die psychiatrische Epidemiologie, die in immer neuen Gruppen der Bevölkerung das Vorhandensein psychischer Störungen nachweist (vgl. z. B. Dohrenwend & Dohrenwend, 1969), spielt in dieser Expansionsbewegung eine nicht unwichtige Rolle. Viele beginnen aber bereits vor der Gefahr der Grenzüberschreitung, der Gefahr der „Psychopathologisierung des Alltags“, der Gefahr, daß die Psychiatrie „wie die Wasserleitung in jede Wohnung eingeleitet wird“, zu warnen.

Wo sind hier also die Grenzen zu ziehen, wenn der völligen Ablehnung psychiatrischer Zuständigkeit für auch nur irgend ein Problem auf der einen Seite, der naive Glaube an die Fähigkeit der Psychiatrie, allgemeine gesellschaftliche Probleme zu lösen, auf der anderen Seite gegenübersteht. Im konkreten Fall wird heute je nach den beteiligten Auffassungen und ihrer relativen Macht jeweils „ausgehandelt“, ob ein bestimmtes Erleben oder Verhalten noch als psychisch krank zu gelten habe. Freilich gibt es dabei Gebiete, in denen die Unsicherheit größer ist, und solche, wo sie auch für Laien scharf ist. So wird man etwa über Trauer und Verzweiflung nach dem Tod eines Angehörigen oder über das Verhalten von Michael Kohlhaas relativ leicht geteilter Meinung sein können, andererseits aber auch als Laie von der Krankhaftigkeit eines Alkoholdelirs leicht zu überzeugen sein, oder als Angehöriger fassungslos vor den plötzlichen manischen Eskapaden eines Familienmitglieds stehen und das Urteil eines Arztes, es handle sich hier um eine Krankheit, leichter akzeptieren.

Offenbar läßt sich also die Frage nach der Grenze zwischen seelischer Gesundheit und seelischer Krankheit nicht in dieser allgemeinen Form beantworten. Ein gewisses Maß an Differenzierung erscheint insbesondere dann notwendig, wenn man zu gesundheitspolitisch und sozialpolitisch relevanten, also praxisrelevanten Leitlinien kommen möchte. Andererseits ist aber klar, daß diese Differenzierung nicht zu weit getrieben werden kann, wenn man eine Verständigungsbasis für alle an diesen Entscheidungen Beteiligten - psychiatrische Fachleute wie Politiker - etablieren möchte. Die Differenzierung muß also auf einer mittleren Ebene halt machen.

Diese mittlere Differenzierung, die für eine sinnvolle Gesundheits- und Sozialpolitik auf dem Gebiet psychischer Störungen unumgänglich erscheint, um gro-

be Mißverständnisse zu vermeiden, ist die in sogenannte „kleine“ und sogenannte „große“ psychische Störungen. Diese Begriffe decken sich für unsere Zwecke mit genügender Genauigkeit mit den Begriffen „neurotische“ und „psychotische“ Störungen. Wenngleich es natürlich auch zwischen diesen beiden Gruppen unklare Übergänge gibt (dies gilt besonders für depressive Verstimmungen), ist es gerade im Hinblick auf die Frage der Organisation der Hilfe für psychisch Gestörte entscheidend, daß das in den öffentlichen Diskussionen gern pauschal verwendete Konzept der psychischen Störung zumindest diese minimale Differenzierung erfährt.

Im allgemeinen können unter „kleinen“ psychischen Störungen die dem normalen psychischen Erleben nahe angesiedelten gestörten Verhaltens- und Erlebensweisen verstanden werden, die ein Funktionieren in den üblichen Alltagsrollen in der Regel nicht unmöglich machen. Gerade das bedeutet aber, daß die Grenzziehung zwischen „gesund“ und „krank“ hier besonders schwierig ist. „Große“ psychische Störungen erzeugen demgegenüber im Außenstehenden das Gefühl der Fremdheit, des Andersseins, des Weg-Gerückt-Seins, eben des Verrücktseins, das in den akuten, oft auch in den chronischen Stadien mit sichtbaren Behinderungen im Erleben und Verhalten verknüpft ist, die auch dem Laien gezielte fachliche Hilfe viel eher angebracht erscheinen lassen als bei den nach außen hin unauffälligeren neurotischen Störungen. Die „großen“ psychischen Störungen führen viel eher zu einer psychiatrischen Hospitalisierung als die „kleinen“, die im übrigen von der Quantität ihres Vorkommens - ein Vielfaches der „großen“ psychischen Störungen Schizophrenie und Manisch-depressives Kranksein - gesundheitspolitisch das wesentlich größere Problem darstellen.

Was die Betreuung dieser beiden Gruppen psychisch gestörter Personen durch die Gesundheitsdienste betrifft, so ist zunächst festzuhalten, daß die Hilfe in beiden Fällen, dem individuozentrischen medizinischen Krankheitsmodell folgend, überwiegend mit somatischen Therapieverfahren, in erster Linie mit Psychopharmaka, erfolgt, seltener schon dem analogen individuozentrischen psychologischen Krankheitsmodell folgend mit Einzelpsychotherapie, und die psychosozialen Bezüge der vorliegenden Störungen praktisch ignoriert, zumindest aber stark vernachlässigt werden.

Im folgenden soll untersucht werden, wo die Grenzen für die am somatischen Krankheitsmodell orientierten Gesundheitsdienste bei der Bereitstellung systematischer Hilfe für psychisch gestörte Personen in den beiden genannten Gruppen zu ziehen sind und wo der spezifische Beitrag der Gesundheitsdienste einer Ergänzung oder gar einer Alternative bedarf.

### *Die „kleinen“ psychischen Störungen: Kontrollierte Alternativen*

Die Fragen der Grenzziehung zwischen „gesund“ und „krank“, zwischen „normal“ und „gestört“ sowie der Zuständigkeit der Gesundheitsdienste stellen sich für die „kleinen“ psychischen Störungen in viel schärferer Weise als für die „großen“.

Am bekanntesten Bild des „Eisberges der Depression“, das der englische Allgemeinpraktiker Watts (1966) aus den Daten zahlreicher Untersuchungen für Großbritannien zusammengestellt hat, läßt sich anschaulich demonstrieren, was gemeint ist, wenn Hare (1970) davon spricht, daß es hier keine „Trennungslinie“, sondern nur einen „Trennungsnebel“ zwischen krank und gesund gibt.

Die bekannt gewordenen Fälle von Depression stellen nur die kleine Spitze eines riesigen Eisberges aller Menschen dar, die an einer Depression leiden - so die drastische Aussage dieses Bildes. Offiziell registrierte Selbstmorde und Aufnahmen in stationäre psychiatrische Behandlung sind die „härtesten“ Daten über das Vorliegen von Depressionen in einer Population. Ambulant von Psychiatern behandelte Personen sind ebenfalls relativ klar definiert. Beim Allgemeinpraktiker beginnt das Bild jedoch unklar zu werden. Je nach Ausbildung und Interesse werden manche Allgemeinpraktiker depressive Verstimmungszustände als solche erkennen, andere wieder nicht - deshalb offenbar die vielen verschiedenen Angaben über die Häufigkeit psychischer Störungen in der Klientel von Allgemeinpraktikern (vgl. zusammenfassend Shepherd und Mitarbeiter, 1969). Aber nicht nur unterschiedliche Ausbildung und fehlendes Interesse sind Gründe für die so differierenden Häufigkeitsangaben, vielmehr beginnt es gerade bei den nicht so akuten und dramatischen Störungen, die weniger häufig in psychiatrische Einrichtungen gelangen, fraglich zu werden, ob hier tatsächlich eine psychische Störung vorliegt, die behandlungsbedürftig und auch behandelbar ist, der also Krankheitscharakter zugeschrieben werden könnte. Die meisten Personen mit depressiven Verstimmungszuständen -das ist offenbar die wichtigste Mitteilung dieser Darstellung - finden keinen Weg zu einer helfenden medizinischen Einrichtung und sind im unsichtbaren Teil des Eisberges unter der Wasseroberfläche (zur Problematik des „Krankheitsverhaltens“ vgl. Mechanic, 1962). Watts (1966) impliziert, daß es sich bei diesen im unsichtbaren Teil des Eisberges befindlichen depressiven Personen um solche handelt, denen bei einer entsprechenden psychiatrischen Behandlung geholfen werden könnte.

Nun ist eine solche Schlußfolgerung aus epidemiologischen Daten auf die stillschweigende Annahme gebaut, daß es sich bei den behandelten und bei den nicht behandelten Fällen unseres Eisberges um gleichartige Störungen handelt, wobei allenfalls noch angenommen wird, daß die Störungsintensität bei den behandelten Fällen im Schnitt stärker ist als bei den nicht behandelten. Neuere epidemiologische Untersuchungen deuten aber darauf hin, daß die qualitative Gleichheit nicht gegeben ist. Für zumindest zwei Aspekte dieser Störungen gibt es empirische Belege dafür, daß diese qualitative Gleichheit zumindest nicht so pauschal gilt: für die Dauer der Störung und für das Ausmaß der psychosozialen Behinderung.

Zwar mag man bei einer Prävalenzuntersuchung zu jedem beliebigen Zeitpunkt einen relativ hohen Prozentsatz depressiver Personen in einer gegebenen Population vorfinden, es ist aber inzwischen erwiesen, daß sich auch ohne spezifi-

sche Behandlung ein hoher Anteil dieser Störungen relativ rasch zurückbildet (Goldberg & Blackwell, 1970; Hagnell, 1970). Wenngleich das Faktum der Spontanremission relativ gut dokumentiert ist, so gibt es erst sehr wenige Untersuchungen, welche die Bedingungen für eine solche Spontanremission identifiziert haben. Für phobische Störungen haben etwa Agras und Mitarbeiter (1972) gefunden, daß für das „spontane“ Abklingen der Beschwerden das gleiche Prinzip ausschlaggebend ist, das in der Verhaltenstherapie phobischer Störungen eingesetzt wird, nämlich die Exposition an den phobischen Stimulus.

Sollen also voraussichtlich nur kurze Zeit anhaltende „kleine“ psychische Störungen nicht behandelt werden, zumindest nicht durch die Gesundheitsdienste? Diese Frage ist praktisch nicht so einfach zu lösen. Zunächst ist ja die voraussichtliche Dauer einer einmal aufgetretenen psychischen Störung nicht sehr leicht abzuschätzen, wenngleich es hier gewisse praktische Erfahrungen gibt: reaktive, auf abnorme Belastungen hin auftretende Störungen, wie z. B. Trauerreaktionen, zeigen im Durchschnitt häufiger eine Rückbildungstendenz als schleichend beginnende und nicht eindeutig mit umschriebenen Auslösern in Zusammenhang zu bringende depressive Verstimmungszustände. Tatsächlich gibt es aber noch kaum wissenschaftlich begründete prognostische Kriterien, die es erlauben würden, aus einem bestimmten Querschnitt und den Umständen des Auftretens der Störung den voraussichtlichen Verlauf bzw. ihre voraussichtliche Dauer abzuschätzen. Die wenigen Untersuchungen mit derartigen prognostischen Fragestellungen haben bestätigt, daß die bisherige Dauer der Störung das sicherste prognostische Kriterium ist: Je länger eine neurotische Störung bereits gedauert hat, desto länger wird sie auch noch dauern (Harvey-Smith & Cooper, 1970). Dieser auf den ersten Blick trivial erscheinende Befund wäre, falls er in ähnlichen Untersuchungen bestätigt werden könnte, eine wichtige gesundheitspolitische Leitlinie für die Frage, bei welchen „kleinen“ psychischen Störungen in erster Linie psychiatrische Hilfe geleistet werden sollte. Cooper hat noch einen anderen Beitrag zu dieser Frage geleistet: depressive und psychovegetative Störungen bei Patienten in der Allgemeinpraxis gehören eher zur Gruppe mit guter Prognose (Kedward & Cooper, 1966). Fry (1960), ein Londoner Allgemeinpraktiker, fand für die neurotischen Patienten seiner Ordination, daß diese Störungen bei Frauen wesentlich länger dauerten als bei Männern. In all diesen Studien handelt es sich um die Klientel von Allgemeinpraktikern und nicht um die im unsichtbaren Teil des Eisberges befindlichen Personen. Erst wenn auch für diese Personen genauere Daten für die Abschätzung der Prognose aus einem Querschnittsbild und dem bisherigen Verlauf vorliegen, wäre eine der vielen Voraussetzungen für eine rationale gesundheitspolitische Entscheidung zumindest über den quantitativen Bedarf an psychiatrischer Hilfe gegeben.

Neben der Differenzierung psychischer Störungen in solche mit unterschiedlich langer Spontandauer ist für gesundheitspolitische Entscheidungen, ob in einem größeren Ausmaß psychiatrische Dienste und Einrichtungen für „kleine“

psychische Störungen zur Verfügung gestellt werden sollen, auch die Differenzierung dieser „kleinen“ psychischen Störungen nach dem Ausmaß der durch sie hervorgerufenen sozialen Behinderung entscheidend. Daß bei den meisten neurotischen Störungen die psychosoziale Beeinträchtigung der Lebensroutine geringer ist als bei psychotischen Störungen, ist zunächst eine triviale Aussage. Freilich kann dies sehr wohl auch umgekehrt sein: ein in Remission befindlicher schizophrener Patient kann ein wesentlich befriedigenderes Leben führen als ein in all seinen Alltagsroutinen durch Zwangshandlungen und Zwangsgedanken ständig beeinträchtigter Zwangsneurotiker. Auch die Hoffnungslosigkeit und depressive Verstimmtheit einer in einer unglücklichen Ehe lebenden, überarbeiteten Mutter kann wesentlich stärker erschöpfend sein als eine zwar gelegentlich zu Spitalsaufenthalten, aber immer wieder zur Genesung führende endogene Depression. Trotzdem ist die psychosoziale Beeinträchtigung im Schnitt bei neurotischen Patienten natürlich geringer.

Die Beurteilung der psychosozialen Behinderungen durch neurotische Störungen wird noch nicht sehr systematisch durchgeführt. Dies hängt vermutlich einerseits mit der Dominanz der psychopharmakologischen Therapie, andererseits mit der Tatsache zusammen, daß sich die heute dominierenden psychotherapeutischen Behandlungsstrategien für diese kleinen psychischen Störungen aus der psychoanalytischen Schule herleiten, der es tendenziell weniger um die exakte Beschreibung der tatsächlich vorliegenden Störung, als um die zu dieser Störung führenden Mechanismen geht: und die findet man bei mehr oder weniger stark beeinträchtigten Personen in durchaus äquivalenter Art, Verhaltenstherapeutische Maßnahmen gehen demgegenüber ganz bewußt von der möglichst exakten Beschreibung der vorhandenen psychosozialen Beeinträchtigung aus. Freilich sind die psychosozialen Behinderungen bei diesen „kleinen“ psychischen Störungen viel schwieriger zu beurteilen als etwa die Behinderungen bei Lähmungen von Gliedmaßen oder Sehbehinderungen, da man bei neurotischen Störungen viel mehr als bei diesen Behinderungen auf die Schilderungen des Patienten, die Selbstwahrnehmung seiner Situation, die wiederum schwanken kann, angewiesen ist. Die sogenannten „hypochochondrischen“ und „psychovegetativen“ Störungen sind in dieser Hinsicht besonders schwer zu beurteilen, da gerade bei ihnen die „tatsächlichen Beschwerden“ von den nur „präsentierten Beschwerden“ kaum zu trennen sind. Es muß zu denken geben, daß unter den in der bekannten Midtown-Manhattan Studie erfaßten Einwohnern New Yorks zwar 81,5 % als psychisch gestört eingestuft wurden (wobei es sich - schon aus der Art des verwendeten Erhebungsinstrumentes her - vorwiegend um psychovegetative Störungen handelt), daß aber nur 23,3 % der untersuchten Personen in ihren Lebensvollzügen tatsächlich nennenswert beeinträchtigt waren (Langner, 1963). Ein gewisses Maß an „Unglück“ gehört offenbar zum Leben, ist man versucht zu denken, und Kritiker epidemiologischer Studien mit allzu großzügiger Falldefinition sprechen denn auch davon, daß man in derartigen Studien lediglich zu einer „Aufzählung von Unglück“ („tabulation of misery“) gelange (Blum, 1962). Sigmund Freud, der zwar eine „Psychopathologie des Alltagslebens“ geschrieben hat, nimmt of-

fenbar den gleichen Standpunkt ein, wenn er meint, durch seine Behandlungsmethode werde lediglich „neurotisches Elend“ in „normales Unglück“ verwandelt.

Zweifelsohne macht es sich die gegenwärtige Psychiatrie zu leicht, wenn sie die beiden bisher existierenden klassischen „Antworten“ auf psychische Störungen unreflektiert auch auf die im unsichtbaren Teil des Eisberges befindlichen Personen extrapoliert: Die Gabe von Psychopharmaka einerseits durch biologisch orientierte Psychiater, die Forderung nach Durchführung einer Einzelpsychotherapie andererseits durch psychodynamisch orientierte Psychiater. Dementsprechend findet man gesundheitspolitisch immer wieder die Forderung, dieser nun tatsächlich größer gewordenen oder eben nur durch entsprechende Untersuchungen sichtbar gewordenen Morbidität an kleinen psychischen Störungen durch eine Vermehrung von Fachleuten zu entsprechen, und es ist dann nur konsequent, daß der Ruf nach mehr Psychiatern und nach mehr Psychotherapeuten laut wird. In einem vor kurzem in Österreich geführten Streit über den tatsächlichen Bedarf an Ärzten in den nächsten Jahrzehnten wurde etwa immer wieder gesagt, man benötige wesentlich mehr Psychiater als heute zur Verfügung stehen, und in den Gesetzesvorlagen in der BRD und in Österreich, in denen es um die Zulassung von Psychologen zur psychotherapeutischen Einzelpraxis geht, manifestiert sich die gleiche Tendenz einer einfachen Extrapolation bestehender Versorgungsstrukturen. Als relativ fortschrittliche Zusatzforderung findet man dann noch allenfalls, daß diese Fachleute nicht nur in den Ballungszentren eingesetzt werden sollten, wo sie ohnehin schon in relativ großer Zahl vorhanden seien, sondern auch in unattraktiven und ländlichen Gebieten, die eben besonders unterversorgt seien. Noch weiter geht die Forderung, derartige psychiatrische Fachleute als Konsiliarfachärzte vermehrt auch in allgemeinen Krankenhäusern, in Gefängnissen, bei der Stellungskommission oder allgemein in allen Arten von Beratungsstellen, wie Erziehungs- und Familienberatung, Beratung für Gastarbeiter oder für rechtliche Fragen, einzusetzen.

Es kann aber zu Recht bezweifelt werden, daß die in den traditionellen Therapieverfahren, Psychopharmakatherapie und psychodynamische Psychotherapie ausgebildeten Psychiater tatsächlich die „richtige“ Hilfe für die im unsichtbaren Teil des Eisberges verborgenen psychischen Störungen leisten können. Es mag sein, daß gerade bei depressiven Störungen durch ein vermehrtes Angebot an Psychiatern, die heute leichter erreichbar sind, manche klar definierten endogenen und neurotischen Depressionen, die mit den klassischen Therapiemethoden tatsächlich behandelbar sind, im Sinne einer sekundären Prävention frühzeitig entdeckt werden. Für den Großteil der „unentdeckten“ psychischen Störungen steht jedoch diese Zuständigkeit noch lange nicht fest. Ist schon die Wirksamkeit der traditionellen Therapieverfahren im Hinblick auf ihre generelle Gültigkeit sehr umstritten (vgl. z. B. Angst, 1970, als Beispiel für die Indikationsproblematik bei der Verabreichung eines Antidepressivums; sowie Graupe, 1975, zur Problematik der Wirksamkeit von Psychotherapie), so muß

dies natürlich für die Personen, mit denen bis jetzt noch gar keine therapeutischen Erfahrungen gewonnen werden konnten, noch viel mehr gelten.

Es liegt deshalb auf der Hand, daß man, bevor man zu gesundheitspolitisch folgeschweren, vor allem finanziell langfristig sehr ins Gewicht fallenden gesetzlichen Regelungen kommt, zunächst durch eine Intensivierung der Forschung sowohl die Frage der Spontanprognose der „kleinen“ psychischen Störungen wie auch die der optimal zu verwendenden Behandlungs- und Betreuungstechniken und ihrer optimalen Organisationsform abklären muß. Es ist deshalb vordringlich, alternative Behandlungstechniken und Betreuungsformen in Modellversuchen mit einer evaluativen Begleitforschung auszuprobieren. Einige dieser alternativen Betreuungsformen, die ich unter dem Schlagwort „kontrollierte Alternativen“ zum medizinischen Versorgungsmodell zusammenfassen möchte, sollen im folgenden diskutiert werden:

Ein vermutlich ohne allzuviel Widerstand beschreitbarer alternativer Weg - er liegt noch weitgehend innerhalb der traditionellen Medizin - besteht darin, die Rolle des Allgemeinpraktikers bei der Betreuung der an „kleinen“ psychischen Störungen leidenden Bevölkerung neu zu überdenken. Eine entsprechende Ausbildung des Allgemeinpraktikers in Psychiatrie und Psychotherapie wäre auf jeden Fall zu ergänzen durch eine fortlaufende Weiterbildung, wobei das Modell der Balintgruppen recht attraktiv erscheint (Balint, 1965). Freilich ist die Gefahr zu bedenken, daß Allgemeinpraktiker, die einmal in die Psychiatrie „hineingerochen“ haben, für diese Fragen ein überstarkes Interesse entwickeln und zum Teil ihre allgemeinärztlichen Aufgaben hintanstellen und sich zu „kleinen Psychotherapeuten“ entwickeln. Wenngleich im deutschen Sprachraum schon relativ viel Interesse für einen derartigen „neuen Allgemeinpraktiker“ besteht, bedarf die tatsächliche Effizienz der von diesem geleisteten Hilfe, sowohl was die organischen und die psychischen Störungen betrifft, noch der Evaluation.

Beispielhaft für eine derartige evaluative Studie ist die Überprüfung der Wirksamkeit eines anderen alternativen Modells, das zum Teil bereits außerhalb der Medizin steht (Cooper & Mitarbeiter, 1975). In dieser Untersuchung wurde der Effekt einer relativ einfachen organisatorischen Maßnahme auf die „kleinen“ psychischen Störungen in einer Allgemeinpraxis untersucht: Allein dadurch, daß einer Allgemeinpraxis ein Sozialarbeiter zugeordnet wurde, der sich um diese Patientengruppe kümmerte, gelang es, die psychiatrische Morbidität in dieser Allgemeinpraxis zu reduzieren. Der Sozialarbeiter war in dieser Untersuchung nicht als Psychotherapeut eingesetzt, sondern kümmerte sich in seiner berufsspezifischen Art um verschiedene psychosoziale Probleme der Klienten.

Natürlich benötigen wir noch evaluative Studien über die mögliche Rolle des Allgemeinpraktikers (allein oder in Zusammenarbeit mit nichtmedizinischen Berufsgruppen) bei der Hilfe für „kleine“ psychische Störungen; es muß jedoch festgehalten werden, daß gerade der Allgemeinpraktiker heute eine von der

Bevölkerung geschätzte und akzeptierte Funktion als Anlaufstelle für emotionale und psychosoziale Probleme jeder Art hat. In dem Maße, in dem derartige Fragen in den westlichen Industrienationen nicht mehr im familiären, im unmittelbaren sozialen oder im religiösen Bereich gelöst werden können, weil die Möglichkeiten für enge soziale Beziehungen abgenommen haben und die geographische Mobilität generell zugenommen hat, bieten sich Ärzte deshalb vorzugsweise als Anlaufstelle für diese „Lebensprobleme“ an, da es zur traditionellen Rolle des Arztes gehört, daß man ihm vertraut (er ist auch durch die Schweigepflicht formell dazu verpflichtet, dieses Vertrauen nicht zu mißbrauchen), daß man ihm eben auch im körperlichen Bereich schon die ganz persönlichen und intimen Probleme eröffnet. Daß der Arzt von seiner traditionellen medizinischen Ausbildung für die allgemeinen „Lebensprobleme“ nicht zuständig ist, wird angesichts des Fehlens anderer Hilfemöglichkeiten von den Ratsuchenden verständlicherweise nicht beachtet. Insgesamt mag es in diesen Situationen freilich genauso häufig Enttäuschungen wegen mangelnder Zuwendung, meistens durch Zeitnot bedingt, geben, wie auch auf der anderen Seite wahrscheinlich sehr viele Ratsuchende durch ihren Allgemeinpraktiker, der sich ihnen vielleicht nur kurze Zeit zuwendet, Erleichterung erfahren.

Wesentlich randständiger ist die Medizin in allen Arten von gemeindenah angesiedelten psychosozialen Diensten, die meist dem Teamgedanken verpflichtet sind: Kriseninterventionszentren, Child Guidance Kliniken, Familien-, Schwangeren- und Erziehungsberatungsstellen, gemeindepsychiatrische Dienste und ähnliches. In diesen Einrichtungen, die in der Regel auch nicht von den Krankenkassen finanziert werden, spielen Sozialarbeiter und Psychologen eine wesentlich größere Rolle als Ärzte. Freilich muß man ehrlich sein und zugeben, daß die Form der Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen (die von der direkten Beschäftigung eines multiprofessionellen Teams mit einzelnen Klienten oder Familien bis zu nur gelegentlichen Team-Kontakten über administrative Probleme der Einrichtung reichen, wobei dann die Klientenbetreuung durchaus nach dem Einzelpraxismodell erfolgt), daß die optimale Form der Finanzierung und schließlich auch die Effizienz dieser gemeindenah psychosozialen Dienste noch lange nicht feststehen. Deshalb muß auch hier gefordert werden, daß diese vorwiegend von Nicht-Medizinern geleistete professionelle Hilfe bei „kleinen“ psychischen Störungen in Modellversuchen evaluiert wird, bevor man zu weitreichenden Entscheidungen über die Bevorzugung bestimmter Modelle oder Berufsgruppen kommt. Dies gilt besonders angesichts des „Psychobooms“ (Bach & Molter, 1979), der Ausbreitung der verschiedensten psychotherapeutischen Techniken unter allen Arten von professionellen und semiprofessionellen Helfern. Sich hier etwa einfach von der politischen Notwendigkeit, Arbeitslosigkeit unter Psychologen zu vermeiden, leiten zu lassen, erscheint mir vor der Etablierung derartiger Richtlinien sehr problematisch.

Diese Skepsis gilt insbesondere deshalb, weil sich in den letzten Jahren ein neues Modell der Hilfe bei allen Arten von medizinischen, psychiatrischen und

sozialen Problemen zu entwickeln beginnt, das der Selbsthilfe (Möller, 1978) und das der Laienhilfe (Gershon & Biller, 1979). Die berufssoziologischen und organisationssoziologischen Implikationen der darin zum Ausdruck kommenden „Deprofessionalisierung“ können hier nicht behandelt werden. Diese „Selbsthilfegruppen“ gibt es typisch erweise auch für Personen, die von schweren körperlichen Leiden betroffen sind, etwa für Krebskranke. In dieser Entwicklung wird deutlich, daß die Gesundheitsdienste bei der Betreuung körperlicher Krankheiten eine Reihe von psychosozialen Bedürfnissen offenbar nicht befriedigen können. Wie bedürfnisgerecht und kostengünstig derartige Selbsthilfeorganisationen auch sein mögen, so besteht doch immer wieder die Tendenz zur Semiprofessionalisierung und Professionalisierung dieser Gruppen. Strotzka (1979) hat dies am Fallbeispiel einer Selbsthilfegruppe Adipöser recht eindrucksvoll demonstriert. Freilich sollte diese Erfahrung nicht davon abhalten, die Entwicklung derartiger Selbsthilfegruppen zu fördern, nicht zuletzt deshalb, weil schon in der Bezeichnung dieser Bewegung als „Selbsthilfegruppen“ ein grundlegendes Dilemma jeder Art organisierter und systematisch angebotener Hilfe, besonders aber von medizinischer Hilfe, zum Ausdruck kommt, das sich etwa so umschreiben läßt:

Jeder, der einen Arzt um Hilfe aufsucht und von diesem bestätigt bekommt, daß er ein Gesundheitsproblem hat, tritt automatisch in eine typische Beziehung zu seinem Arzt ein: Er begibt sich ganz in dessen Hand und akzeptiert seine Abhängigkeit vom Arzt zumindest in Gesundheitsfragen, er unterwirft sich praktisch dem Expertentum des Arztes. Wenngleich es im Alltag viele Varianten dieser Beziehung gibt, so ist die Grundstruktur doch immer dieselbe: sie impliziert, daß der Patient nicht viel mehr tun muß, als den Anweisungen des Arztes Folge zu leisten, wenn er gesund werden möchte (Mechanic, 1978). Dieses für akute oder lebensbedrohliche körperliche Erkrankungen sicher nützliche Prinzip wird bei chronischen körperlichen Krankheiten, besonders aber bei psychischen Krankheiten, vollends bei allgemeinen psychosozialen Problemen deshalb problematisch, weil es zur Passivierung der hilfeschendenden Person führt und damit zur Abhängigkeit vom Arzt. Nicht nur wegen der mangelnden Kompetenz der Ärzte für die Betreuung psychischer Störungen und psychosozialer Lebensprobleme, sondern auch wegen der zwangsläufigen Abhängigkeit der Hilfesuchenden vom Helfer, durch die das möglicherweise vorhanden gewesene Potential zur selbständigen Bewältigung des Lebensproblems geringer wird, kann der Frage nach der Zuständigkeit der Gesundheitsdienste für „kleine“ psychische Störungen keine zu geringe Bedeutung zugemessen werden. Sicherlich wohnt jeder systematisch dargebotenen Hilfe (auch auf einem ganz anderen Gebiet wie dem der Entwicklungshilfe) die Tendenz inne, den Hilfesuchenden unselbständig zu machen, so daß auch Psychologen und Sozialarbeiter, die in formellen Rollen Hilfe für „kleine“ psychische Störungen bieten, in dieses Dilemma geraten; allerdings stellt sich dieses Problem hier in wesentlich weniger scharfer Form als bei einem ärztlichen Helfer mit all den traditionellen Erwartungen, die an diese Rolle von der Bevölkerung geknüpft werden. Die

ideale Hilfe ist ja Hilfe zur Selbsthilfe, und die wird umso unwahrscheinlicher, je asymmetrischer die Beziehung zwischen Hilfesuchendem und Helfer ist.

Nicht zuletzt diese Analyse der helfenden Beziehung bringt uns zu der Forderung, daß zunächst „kontrollierte Alternativen“ zum gegenwärtigen vorherrschenden medizinischen Modell der Hilfe bei „kleinen“ psychischen Störungen zugelassen werden. „Kontrolliert“ heißt dabei, daß diese alternativen Versorgungsmodelle und helfenden Techniken einer vergleichenden Evaluation unterzogen werden müssen. Die „Medizinalisierung“ psychischer Störungen und psychosozialer Lebensprobleme, d. h. die Anwendung des Krankheitsmodells bzw. der Krankheitsmetapher auf diese Probleme hat nicht nur ihre sachlichen Grenzen (vgl. z. B. die Analyse suizidalen Verhaltens, das von manchen als Krankheit, von anderen als Problemlösungsstrategie interpretiert wird; siehe Katschnig, 1980, Katschnig und Mitarbeiter, 1980), sondern muß auch aus pragmatischen Gründen in ihre Schranken gewiesen werden. Auszutasten, wo hier die Grenze zu ziehen ist, wie deutlich sie sein kann oder muß, welche organisatorischen Entsprechungen diese Grenzziehung hat, muß noch der weiteren Forschung überlassen bleiben, bevor weitreichende gesundheitspolitische Maßnahmen getroffen werden.

#### *Die „großen“ psychischen Störungen: Geplante Kooperation*

Daß die Gesundheitsdienste für die „großen“ psychischen Störungen zuständig sind, ist vergleichsweise unbestritten. Hier ist deshalb nicht die Frage nach eventuellen Alternativen zu den Gesundheitsdiensten vordringlich - gar keine formelle Behandlung bzw. Selbsthilfe einerseits, ausschließliche Hilfe durch nichtärztliche Dienste und Berufe andererseits - sondern die nach einer Ergänzung.

So wird beispielsweise die Notwendigkeit der Anwendung von Neuroleptika zumindest in der Akutbehandlung schizophrener Patienten heute ziemlich einhellig von allen, die beruflich mit diesen Patienten zu tun haben, anerkannt (Basaglia: „In akuten Fällen haben wir leider keine andere Wahl“, DER SPIEGEL, Nr. 15, 7. April 1980, S. 257). Damit ist aber nicht notwendigerweise impliziert, daß man die Schizophrenie als eine Krankheit ansieht, wenngleich dies natürlich im Bereich der Gesundheitsdienste fast automatisch geschieht und alle Beteiligten zumindest so handeln, als ob es sich um eine Krankheit handelte. Die Anwendung der Krankheitsmetapher hat aber zur Folge, daß die den medizinischen Diensten eigenen Umgangsstrategien mit Krankheit, also die somatischen Behandlungsverfahren, auch dann noch die dominierende Form der Auseinandersetzung mit dem Patienten bleiben - wenn die akute Symptomatik zurückgetreten ist und der Patient wieder außerhalb medizinischer Einrichtungen lebt. Zweifelsohne ist gut belegt, daß eine Dauergabe von Neuroleptika einen gewissen rückfallsprophylaktischen Effekt entfaltet (Davis, 1975), doch kann man daraus nicht ableiten, daß das Krankheitsmodell und die aus ihm resultierende somatische Therapie tatsächlich in der Art dominieren müssen, wie dies heute auch in der Nachbetreuung schizophrener Patienten üblich ist. Die Leitvorstellung bei dieser Art der ausschließlich psychopharma-

kologischen Rückfallsprophylaxe dürfte dem Modell der Unterdrückung epileptischer Anfälle durch Antiepileptika entsprechen, wobei übersehen wird, daß in der Betreuung epileptischer Patienten durchaus auch der Lebensstil des Betroffenen, die Belastungen, denen er sich aussetzt oder denen er ausgesetzt ist, berücksichtigt werden.

Auch für die Schizophrenie ist inzwischen genügend belegt, daß Rückfälle von der Lebenssituation der Patienten und von Veränderungen dieser Lebenssituation abhängen. Für die familiäre Umwelt konnte etwa gezeigt werden, daß ein emotionales Überengagement der Angehörigen Rückfälle begünstigt und daß bei einer entspannten bzw. eher nüchternen emotionalen Atmosphäre zu Hause Rückfälle mit und ohne Neuroleptikagabe seltener sind (Leff, 1977; Brown und Birley, 1968). Die extrem hohe Umweltreagibilität schizophrener Patienten - Wing (1978) hat das treffende Bild des Seiltanzes zwischen psychosozialer Unterstimulierung und Überstimulierung geprägt - muß zu der Forderung führen, daß bei aller primären Zuständigkeit der Gesundheitsdienste für die akute Behandlung schizophrener Patienten (mutatis mutandis gilt dies auch für andere endogene Psychosen und auch für die Alkohol- und Drogenabhängigkeit) die medizinischen Dienste in der langfristigen Betreuung dieser Patienten nach Abklingen der akuten Phase eine „geplante Kooperation“ mit anderen Diensten und Einrichtungen und mit anderen Professionen suchen müssen. Familientherapie für den Patienten und seine Eltern, das Anbieten von Wohn-, Aufenthalts- und Arbeitsmöglichkeiten außerhalb des unmittelbaren familiären Bereiches in Wohnheimen, Tageskliniken und Tagesstätten sowie geschützten Werkstätten, schließlich Gruppenarbeit mit Angehörigen, sind alles helfende Strategien, die weit über die in medizinischen Kreisen bekannten therapeutischen Techniken hinausgehen und der Kooperation mit anderen Bereichen bedürfen. Das von der Enquete-Kommission vorgeschlagene Modell einer sektorisierten Versorgung in überschaubaren Standardversorgungsgebieten bietet optimale Voraussetzungen für eine derartige Kooperation.

Wenngleich Einzelheiten dieser Kooperation und der dabei zur Anwendung kommenden Betreuungsmethoden noch nicht ganz genau feststehen und weiterer Untersuchungen bedürfen, so ist das Grundprinzip der Notwendigkeit einer Kooperation zwischen medizinischen und anderen Diensten in der extramuralen Betreuung von Patienten mit „großen“ psychischen Störungen durch so viele Forschungsergebnisse abgesichert, daß ohne weiteres schon praktische gesundheitspolitische Entscheidungen getroffen werden können. Die tatsächlichen Grenzen der Zuständigkeit der Gesundheitsdienste innerhalb derartiger zu fördernder geplanter Kooperationen könnten dann innerhalb der geschaffenen Dienste und Einrichtungen durch gezielte evaluative Forschung eruiert werden.

Verhaltensstörungen, vor allem Verhaltensdefizite, wie Rückzugsneigung und Kontaktstörungen, an denen schizophrene Patienten nach Abklingen der akuten psychotischen Symptomatik oft weiter leiden, sind sicherlich nicht einfach als Ausfluß einer „Krankheit“ zu betrachten. Nachdem Wing und Brown (1970)

gezeigt haben, daß vor allem die sogenannten „Negativsymptome“ der Schizophrenie in hohem Maß von der Umwelt schizophrener Patienten abhängen, ist klar geworden, daß hier die traditionellen medizinischen oder psychotherapeutischen Maßnahmen einer Ergänzung bedürfen. Wing (1978) möchte deshalb auch nicht das Konzept der Krankheit, sondern das der Behinderung (Handicap) anwenden, das im wesentlichen deskriptiv und nicht, wie das Krankheitskonzept, interpretierend ist. Ähnlich wie bei anderen Behinderungen, so ist auch hier anstelle eines medizinischen Konzeptes wohl eher ein pädagogisches Modell anzuwenden: Wie lernt der Betroffene ein richtiges Problemlösungsverhalten („Coping“, vgl. Lazarus, 1966), wie lernt er, sich in bestimmten alltäglichen Situationen optimal zu verhalten. Daß Mediziner für diesen pädagogischen Umgang mit ihren Patienten von ihrer Ausbildung primär nicht zuständig sind, ist klar. Allerdings gibt es noch kaum andere Fachleute, die von ihrer Ausbildung her hier eindeutig zuständig wären: Verhaltenstherapeuten und Beschäftigungstherapeuten sind vielleicht in gewisser Weise prädisponiert, die Rolle derartiger „Erzieher“ für die betroffenen Patienten zu übernehmen. Freilich bedarf es noch umfangreicher Forschungsarbeiten, bevor bestimmte, schon erarbeitete Modelle (Libermann und Mitarbeiter, 1975) generalisiert werden können. Zweifellos liegt auch hier also ein Grenzgebiet der Zuständigkeit der Gesundheitsdienste vor, doch sollte es klar sein, daß auf diesem Gebiet der „großen“ psychischen Störungen optimale Lösungen für die Patienten in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsdiensten gefunden werden können.

Neben der Zusammenarbeit mit anderen professionellen Helfern ist aber auch auf dem Gebiet der „großen“ psychischen Störungen die Möglichkeit der Selbst- und Laienhilfe nicht zu unterschätzen. In Großbritannien gibt es etwa eine große Selbsthilfeorganisation von Angehörigen schizophrener Patienten, die nicht nur auf der gesundheitspolitischen Ebene wirksam wird, sondern auch durch gegenseitige Unterstützung im Alltag wesentliche Hilfeleistungen erbringt, die von professionellen Helfern nicht erbracht werden können (Katschnig, 1977).

Bei aller Öffnung psychiatrischer Dienste und Einrichtungen für die Zusammenarbeit mit anderen Professionen und Laien darf jedoch eines nicht vergessen werden: Es ist ungeheuer viel mühsamer, sich mit chronischen schizophrenen Patienten oder mit Drogen- und Alkoholabhängigen zu befassen als mit neurotisch gestörten Personen; zumindest ist Krisenintervention bei „kleinen“ psychischen Störungen etwas viel Befriedigenderes und auch die längerfristige psychodynamisch-psychotherapeutische Behandlung neurotischer Patienten für den Therapeuten etwas viel „Interessanteres“ und weniger Belastendes als der Umgang mit chronischen schizophrenen Patienten. Dem Enthusiasmus, mit dem sich Nicht-Mediziner, Sozialarbeiter oder Laien beispielsweise der gemeindenahen Betreuung schizophrener Patienten immer wieder zu widmen beginnen, folgt erfahrungsgemäß früher oder später eine Phase der Ernüchterung, wenn die Erfahrung gemacht wird, daß diese Patientengruppe die so gut

gemeinte Hilfe oft nicht nur nicht schätzt, sondern ablehnt. Die Frustrationen bringen dann mit viel Elan begonnene Projekte ins Stocken oder sie führen doch wieder zu einer Art Bürokratisierung: Die Betreuer beginnen die ständige emotionale und zeitliche Belastung dadurch in den Griff zu bekommen, daß sie sich nunmehr, im Gegensatz zum Beginn des Projektes, strikt an die Arbeitszeit halten, auch wenn dies für die Patienten vielleicht einen belastenden Wechsel des Betreuers bedeutet, klare Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten schaffen oder in der Kontrolle des Verhaltens und in den Sanktionen den Patienten gegenüber rigider werden. Es kann immer wieder beobachtet werden, daß sich Betreuer in gemeindenahen Einrichtungen dann wieder jenen Klienten oder Patienten vermehrt zuwenden, die nur leichter gestört sind, weniger unvorhersehbare Schwierigkeiten verursachen und seltener zu Klagen in der Umgebung führen, insgesamt unauffälliger im Alltag funktionieren. Dieses Abgleiten in die überwiegende Betreuung neurotischer und psychoreaktiver Störungen wird ja nicht zu Unrecht den amerikanischen Community Mental Health Centers zum Vorwurf gemacht.

Um eine solche Entwicklung zu verhindern, erscheint es deshalb notwendig, bei aller Kooperation mit anderen Professionen und Laien von Anfang an eine klare organisatorische Struktur und Arbeitssituation vorzugeben, die zwar einen gewissen Spielraum für „Experimente“ läßt, aber doch klare, durch organisierte Zusammenarbeit erreichbare Behandlungs- und Rehabilitationsziele festlegt. Eine gewisse Dominanz des medizinischen Aspektes ist aus den genannten Gründen möglicherweise sogar vorteilhaft. Dabei müßte allerdings ein erweitertes, epidemiologisches Krankheitsmodell zur Anwendung kommen, in dem neben den in der kranken Person gelegenen biologischen und psychischen Krankheitsdispositionen auch die aktuelle psychosoziale Umwelt in ihren mehr stabilen und veränderlichen (Life Events) Aspekten berücksichtigt wird (Katschnig, 1980).

### *Schlußbemerkung*

Die Frage nach der Zuständigkeit der Gesundheitsdienste für organisierte Hilfeleistung bei psychischen Störungen hat weitreichende finanzielle Implikationen, wenn man die große Zahl psychisch gestörter Personen in der Bevölkerung und die hohen Kosten organisierter medizinischer Hilfe betrachtet. Es wurde deshalb argumentiert, daß gerade im Hinblick auf die Frage der Versorgung klar unterschieden werden muß zwischen „kleinen“ und „großen“ psychischen Störungen. Bei „kleinen“ psychischen Störungen ist unser Wissen über die tatsächliche Behandlungsbedürftigkeit und Behandelbarkeit noch vergleichsweise gering, zumindest im Vergleich zu den vielen, für diese „kleinen“ psychischen Störungen auf dem Markt befindlichen Behandlungsmethoden professioneller und semiprofessioneller Helfer. Es erscheint deshalb vordringlich, durch weitere Forschung mehr über die Naturgeschichte der „kleinen“ psychischen Störungen und die Effizienz verschiedener Behandlungsmethoden und Organisationsformen dieser Behandlung in Erfahrung zu bringen, bevor weitgehende gesundheitspolitische Entscheidungen getroffen werden. Daß

das medizinische Krankheitskonzept für das Verständnis und die Behandlung dieser Störungen nur von begrenztem Wert ist, dürfte heute relativ unbestritten sein. Kontrollierte Alternativen zum medizinischen Modell der Hilfe bei „kleinen“ psychischen Störungen sollten deshalb vermehrt gefördert werden. Nicht-medizinische Berufe, Laien und die Betroffenen selbst sollten zeigen können, daß sie hier bessere, raschere und für den Betroffenen befriedigendere Hilfe leisten können als Ärzte in isolierter Einzelpraxis. Auf diese Art und Weise könnte ausgetastet werden, wo die Grenze zwischen Gesundheitsdiensten und anderen helfenden Diensten und Einrichtungen sinnvoller Weise gezogen werden sollte.

Ganz anders ist die Situation bei den „großen“ psychischen Störungen. Hier wissen wir durch umfangreiche sozialpsychiatrische Forschung in den vergangenen Jahrzehnten bereits recht gut darüber Bescheid, wie zumindest einem Großteil dieser Patienten geholfen werden könnte. Freilich hinkt die Organisation dieser an sich möglichen Hilfe noch sehr hinter den quantitativen Bedürfnissen nach. Es sollte hier außer Frage stehen, daß die Gesundheitsdienste ein wesentliches Wort bei der Behandlung und Betreuung dieser Patienten sowohl im akuten wie auch im chronischen Stadium mitsprechen. Auf diesem Gebiet können, ohne daß Gesundheitspolitiker ein Risiko eingehen, bereits praktische Entscheidungen darüber getroffen werden, wie und in welchem Ausmaß Hilfe zur Verfügung gestellt werden sollte. Ebenso außer Frage wie die Zuständigkeit der Gesundheitsdienste ist aber die Notwendigkeit der Mitwirkung anderer Dienste und Einrichtungen, anderer professioneller, semiprofessioneller und Laienhelfer bei der Betreuung dieser Patientenpopulation. Geplante Kooperation zwischen den genannten Personengruppen und Einrichtungen sollte deshalb hier die Devise sein. Daß dies in kleinen, überschaubaren „Standardversorgungs-Gebieten“, wie sie von der Enquete-Kommission vorgeschlagen wurden, am besten möglich ist, steht fest. Es ist deshalb unverantwortlich, nicht alle angebotenen und verfügbaren Mittel dafür einzusetzen, daß die gemeindenahe Versorgung von Patienten mit „großen“ psychischen Störungen endlich nicht mehr nur auf wenige Modelleinrichtungen beschränkt bleibt. Eine fortschrittliche Gesinnung auf dem Gebiet der psychiatrischen Versorgung kann nicht darin bestehen, daß das frühere herzlose Abschieben psychisch Kranker in entlegene Großkrankenhäuser einfach durch ein herzloses Zurückschicken in die Gemeinde ersetzt wird. Es ist höchste Zeit, daß diesen Patienten in der Gemeinde die notwendige Unterstützung im ganzen Land zur Verfügung gestellt wird und daß es nicht bei Alibi-Enqueten und Alibi-Modellen bleibt.

#### *Literaturverzeichnis*

AGRAS, S., N. CHAPIN & D. OLIVEAU: The natural history of phobia: Course and prognosis. Archives of General Psychiatry 26 (1972) 315-317.

ANGST, J.: Tofranil (Imipramin). Klinischer Teil. Verlag Stämpfli & Cie AG, Bern 1970.

BALINT, M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Klett, Stuttgart<sup>3</sup> 1965.

- BROWN, G. W. & J. L. T. BIRLEY: Crises and Life Changes and the Onset of Schizophrenia. *J. Hlth and Soc. Beh.* 9 (1968) 203-214.
- BLUM, R. H.: Gase Identification in psychiatric epidemiology: Methods and Problems. *Milb. Mem. Fd. Quart.* 40 (1962) 253.
- COOPER, B., B. G. HARWIN, C. DEPLA & M. SHEPHERD: Mental health care in the community: an evaluative study. *Psychol. Med.* 5 (1975) 372-380.
- DAVIS, J. M.: Overview: Maintenance therapy in psychiatry: Schizophrenia. *Amer. J. Psychiat.* 132 (1975) 1237-1245.
- DOHRENWEND, B. P. & B. S. DOHRENWEND: *Social Status and Psychological Disorder: A Causal Inquiry.* John Wiley & Sons, New York 1969.
- DÖRNER, K.: *Bürger und Irre.* Frankfurt/Main 1969.
- FRY, J.: What happens to our neurotic patients? *Practitioner* 185 (1960) 85-89.
- GERSHON, M. & H. B. BILLER: *The Other Helpers.* Lexington Books. D. C. Heath & Comp. Lexington, Massachusetts, Toronto 1977.
- GOLDBERG, D. P., B. BLACKWELL: Psychiatric illness in general practice: A detailed study using a new method of case identification. *Brit. Med. J.* 2 (1970) 439-443.
- GRAUPE, S.: Ergebnisse und Probleme der quantitativen Erforschung traditioneller Psychotherapieverfahren. In: STROTZKA, H. (Hrsg.): *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen.* München 1975.
- HAGNELL, O.: The incidence and duration of episodes of mental illness in a total Population. In: HARE, E. H. & J. K. WING (Eds.): *Psychiatric Epidemiology.* Oxford University Press, London 1970.
- HARE, E. H.: Diskussionsbemerkung. In: HARE, E. H. & J. K. WING (Eds.): *Psychiatric Epidemiology.* Oxford University Press, London 1970.
- HARVEY-SMITH, E. A. & B. COOPER: Patterns of Neurotic Illness in the Community. *J. Roy. Coll. Gen. Practit.* 19 (1970) 132- 139.
- KATSCHNIG, H. (Hrsg.): *Die andere Seite der Schizophrenie - Patienten zu Hause.* Urban & Schwarzenberg. München, Wien, Baltimore 1977.
- KATSCHNIG, H. (Hrsg.): *Sozialer Streß und psychische Erkrankung -Lebensverändernde Ereignisse als Ursache seelischer Störungen.* Urban & Schwarzenberg. München, Wien, Baltimore 1980.
- KATSCHNIG, H., P. SINT & G. FUCHS-ROBETIN: Suicide and Parasuicide: Identification of High and Low Risk Groups by Cluster Analysis. In: FARMER, R. D. T. & S. R. HIRSCH (Eds.): *The Suicide Syndrome.* Croom Helm Ltd. Publishers, London 1980.
- KEDWARD, H. B. & B. COOPER: Neurotic disorders in urban practice: A three-year follow-up. *J. Coll. Gen. Practit.* 12 (1966) 148-163.
- LANGNER, T. S. & S. T. MICHAEL: *Life Stress and Mental Health.* The Free Press of Glencoe, Toronto 1963.
- LAZARUS, R. S.: *Psychological Stress and the Coping Process.* McGraw Hill, New York 1966.
- LEFF, J. P.: Die Angehörigen und die Verhütung des Rückfalls. In: Katschnig (1977).
- LIBERMANN, R. P., L. W. KING, W. J. DE RISI & M. McCANN: *Personal Effectiveness.* Research Press, Champaign, Ill. 1975.

- MECHANIC, D.: The Concept of Illness Behavior. J. Chron. Dis. 15 (1962) 189-194.
- MECHANIC, D.: Medical Sociology. The Free Press, New York 1978, MOELLER, M. L.: Selbsthilfegruppen. Rowohlt, Reinbek 1978.
- SEGAL, S. P. & U. AVIRAM: The Mentally Ill in Community-based Sheltered Care. A Study of Community Care and Social Integration. John Wiley & Sons, New York 1977.
- SHEPHERD, M., B. COOPER, A. G. BROWN & G. W. KALTON: Psychiatric Illness in General Practice. Oxford University Press, London-New York-Toronto 1969,
- STROTZKA, H.: Professionalisierung im psychosozialen Bereich. Psychosozial 2 (1979) 6-11.
- WATTS, G. A. H.: Depressive Disorders in the Community. John Wright & Sons, Bristol 1966.
- WING, J. K. (Ed.): Schizophrenia - Towards a New Synthesis. Academic Press, London 1978.
- WING, J. K. & G. W. BROWN: Institutionalism and Schizophrenia. Cambridge University Press, London 1970.

# Diskussionsbericht des Rundtischgesprächs: Bestandsaufnahme und Folgerungen für die weitere Verbesserung der Situation der psychisch Kranken in der Bundesrepublik

*M. v. Boeselager und E. v. Watzdorf,*  
*AKTION PSYCHISCH KRANKE*

Leitung:

*Dr. R. Flöhl,*

Wissenschaftsjournalist

Frankfurter Allgemeine Zeitung, Frankfurt am Main

Mitwirkende:

*Ministerialrat Dr. A. Boroffka,*

Gesundheitsabteilung im Sozialministerium des Landes

Schleswig-Holstein, Kiel

*H. Brückner,*

Senator für Gesundheit und Umweltschutz des Landes Bremen

*Prof. Dr. Dr. H. Hafner,*

Ärztlicher Direktor des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit

*Prof. Dr. C. Kulenkampff*

Landesrat, Landschaftsverband Rheinland, Köln

*Bürgermeister Dr. H. Martini*

Sozialdezernent der Stadt Mannheim

*W. Picard MdB,*

Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Bonn

Drei Hauptthemen beherrschten die Diskussion zu den Vorträgen und der Podiumsdiskussion

- eine Zwischenbilanz der Psychiatriereform
- das Problem der Finanzierung und
- die Frage der Effektivitätskontrolle.

In der Zwischenbilanz wurde der Ist-Zustand der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik mit dem durch die Enquete geforderten Soll-Zustand verglichen.

Bei dieser Bestandsaufnahme herrschte weitgehend Einigkeit über die Punkte:

1. daß es inzwischen gelungen sei, die in der Psychiatrie-Enquete kritisierte „brutale Realität“ bei der Unterbringung psychisch Kranker größtenteils, aber keineswegs vollständig zu beseitigen,
2. über die Notwendigkeit und die Ziele einer gemeindenahen Psychiatrie.

Kontroverse Standpunkte wurden jedoch bezüglich der Mittel und Wege vertreten, um dies zu erreichen. Diskutiert wurden die Aufgaben von Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die Zukunft der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser, Probleme mit Heimen und Wohngemeinschaften und die Weiterführung der Psychiatriereform.

Was die psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern angeht, so wurde die außerordentliche Wichtigkeit solcher Abteilungen für die Integration der Psychiatrie in die Allgemeinmedizin hervorgehoben sowie ihre Wirkung auf den Fortschritt des Faches und auf die Qualität der Versorgung. Bisher seien solche Abteilungen nicht ausreichend eingerichtet worden. Wichtig bei der Einrichtung psychiatrischer Fachabteilungen sei eine angemessene Größe, um eine adäquate Behandlung zu sichern. Immer häufiger werde die Forderung nach psychosomatischen Abteilungen kritisch gesehen und vor allem auf die Gefahr hingewiesen, daß zu kleine Abteilungen nicht bereit und in der Lage sind, schwere Fälle zu betreuen.

Über die zukünftige Rolle der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser gingen die Meinungen auseinander. Die Funktion der Landeskrankenhäuser sei nötig gewesen, jedoch müßten sie umstrukturiert werden. Die großen Krankenhäuser seien überall kleiner, die Bettenzahlen reduziert worden. Es wurde die Überlegung geäußert, ob psychiatrische Krankenhäuser von einer gewissen Größenordnung an - selbst, wenn man sie optimal besetzen würde - nicht ihrer Struktur nach dazu neigen, Inhumanität zu erzeugen.

Um der Gefahr einer Hospitalisierung in Heimen entgegenzuwirken, wurden verschiedene Möglichkeiten zur Verbesserung der Heimsituation diskutiert. Hier wurde z. B. ein Heimgesetz gefordert, um den adäquaten Unterbringungs- und Rehabilitationsstand sicherzustellen. Der wichtigste Faktor für einen guten Standard in Heimen sei, wie eine Untersuchung von A. KUSHLIK in England gezeigt habe, eine gute Ausbildung des Heimleiters. In diesem Zusammenhang wurde auf die Bedeutung der Patenschaften für Langzeitpatienten hingewiesen.

Es wurde ein echter Mangel an Motivation der Gesellschaft zur Pflege ihrer schwerkranken, nicht mehr rehabilitationsfähigen Mitglieder empfunden. Im Grunde seien die Mißstände in der Regel angesiedelt bei denjenigen, die in der Randgruppe der psychisch Kranken selbst wieder eine Randgruppe darstellten und die meistens als Leute bezeichnet werden, „die niemand mehr haben will.“ Das sind z. B. mühselige, pflegebedürftige alte Patienten, depravierte Alkoholiker, hirnganisch Kranke und chronisch Schizophrene. Es sei schwer, Men-

sehen dafür zu motivieren, sich mit dieser Population zu befassen und dies nicht nur in Kliniken, sondern in der Gesellschaft überhaupt.

Die Erfahrungen mit Wohngemeinschaften für psychisch Kranke zeigten neben den Problemen mit der Bevölkerung auch administrative Probleme: Der Landeswohlfahrtsverband Baden z. B. gewähre erfreulicherweise Mittel für einen Sozialarbeiter für je ein bis zwei Wohngemeinschaften. Dieser Sozialarbeiter habe aber in der Regel eine Arbeitszeit, die genau in jene Zeitspanne fällt, in der die Patienten eigentlich nicht in der Wohngemeinschaft sein, sondern arbeiten sollten. Therapieangebote und dergleichen könnten so zu einer antire-habilitativ wirksamen, administrativen Versorgung führen. Aus Bremen wurde über ganz erhebliche Schwierigkeiten berichtet, Wohnungen für psychisch Kranke anzumieten. Solange die Bevölkerung nicht eine andere Einstellung gegenüber den psychisch Kranken habe, werde man sich immer außerordentlich schwer tun, Wohnungen in der Stadt mit psychisch Kranken zu belegen. In Weinsberg seien die Erfahrungen wesentlich erfreulicher, wo eine unbegrenzte Zahl von Wohnungen zur Anmietung zur Verfügung stünden. Gemeindepsychiatrie heiße, daß psychisch Kranke in der Gemeinde leben, und man sollte sich nicht durch Klagen über die negative Einstellung der Öffentlichkeit von diesem Ziel abhalten lassen. Denn gerade der fehlende Kontakt mit psychisch Kranken könne zu dieser negativen Einstellung beitragen, und nur der direkte Kontakt mit psychisch Kranken zeige, daß sie nicht gemeingefährlich etc. sind.

Die Frage der Weiterführung der Psychiatriereform wurde anschließend aufgeworfen. Es wurde gefordert, daß die Psychiatrie nicht nur zurück in die Gemeinde, sondern auch zurück in die Gemeindeparlamente müsse, d. h. weg von den Zuständigkeiten der überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Etwas mehr Übereinstimmung innerhalb der Psychiatrie wäre nach Meinung der Politiker für die Durchsetzbarkeit der Psychiatriereform und ihrer Vorhaben am Ort und auch sonst sehr förderlich. Nach der Diskussion über die Enquete im Bundestag beginne nun die Phase der Umsetzung der Reformvorschläge.

Schwierigkeiten bei dieser Umsetzung lägen auch in den vielfältigen Beratungs- und Abstimmungsgremien: Partner dieses Planungsprozesses seien die Politiker in den Ministerien, in Landesregierung oder Senat, die Parteien im Abgeordnetenhaus oder Landtag und schließlich die Politiker auf der kommunalen Ebene. Auch die Verwaltung im eigenen Ministerium, im Finanz-, Kultus-, Innen- und Justizministerium und schließlich die Kommunalbehörden hätten mitzusprechen. Dazu kämen die Kostenträger: die Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger, der überörtliche Sozialhilfeträger, der örtliche Sozialhilfeträger.

Ein entscheidender Punkt für die Verwirklichung der Psychiatriereform in den nächsten Jahren liege in der jetzigen Modellförderung des Bundes in Höhe von fast einer halben Milliarde Mark, und es müßte an mehreren Stellen eigentlich gelingen, Modelle aufzubauen und zu prüfen. Die Notwendigkeit eines richtigen Einsatzes dieser Mittel sei hier Grundvoraussetzung. Dringlichste Aufgabe sei

es zu erreichen, daß diese Mittel für solche Modelle ausgegeben würden, die in der Tat die Lücken abdeckten. Das Geld dürfe nicht etwa dafür verwendet werden, um in großen Krankenhäusern zusätzliche Bauten zu errichten. Die nächste, ganz konkrete Aufgabe müsse sein, daß alle, insbesondere die Länder und Kommunen, nach den Vorschlägen der Enquete in einer Art Ist-Analyse feststellten, was bereits geändert ist und was in den nächsten Jahren getan werden muß und das in konkrete Zeit- und Finanzierungspläne umzusetzen.

Bei der Diskussion des zweiten Hauptthemas, des Problems der Finanzierung der Psychiatriereform, wurde ein Ringen um eine Lösung des Konfliktes zwischen dem angestrebten Soll-Zustand und den „harten politischen Realitäten“ deutlich. Die anwesenden Politiker brachten hier ihre Überzeugung zum Ausdruck, daß ein großer gesetzgeberischer Entwurf, der alles, was die Psychiatrie betreffe, regele, nicht zu erwarten sei. Vielmehr sei es jetzt nötig, Einzelprobleme anzupacken und mit kleinen, entschiedenen Schritten weiterzugehen. Harte Realität wäre es, daß eine wesentliche Steigerung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zugunsten der Reformvorhaben für psychisch Kranke als aussichtslos angesehen werde, wenn sie eine fühlbare Erhöhung der Beiträge zur Folge hätte. Die nämlich wäre politisch nicht durchsetzbar. So war die Diskussion um die Finanzierung der Reformmaßnahmen gekennzeichnet durch ein Suchen nach Mitteln und Wegen gerechterer Verteilung der Mittel innerhalb eines kaum veränderbaren Rahmens:

Dem „Prinzip der Gleichstellung von seelisch und körperlich Kranken“ wurde allgemein zugestimmt und die Hindernisse auf dem Wege der Realisierung beklagt. Im klinischen Bereich wurden als besondere Mängel der „Halbierungserlaß“ und niedrige Pflegesätze in psychiatrischen Krankenhäusern angesprochen.

Im komplementären Bereich seien wegen der fehlenden Kostenzuständigkeit, so die übereinstimmende Meinung, Fortschritte nur mit größter Mühe zu erreichen. Ungelöst sei nach wie vor die sozialrechtliche Stellung von Übergangsheimen bzw. die Kostendeckung für die dort zur Kostenentlastung im Krankenhaus weiterbehandelten Patienten. Zur Zuständigkeitsfrage der Krankenkassen für die komplementären Dienste wurden unterschiedliche Standpunkte vertreten, eine Widerspiegelung der Rechtsunsicherheit in diesem Bereich. Die komplementären Dienste und Einrichtungen hätten die Schwierigkeit, sich in einem Bereich zu befinden, wo sich Medizin und Soziales überlappen und wo die Krankenversicherer am ehesten sagen könnten, daß das nun nicht mehr Versicherungsschutz für den Krankheits- oder Gesundheitsfall sei, sondern zum Sozialen gehöre. Im Prinzip wurde die Auffassung, daß die sozialen Aufgaben im Bereich der Psychiatrie von den Krankenkassen mitzufinanzieren seien, bejaht. Dies kurzfristig durchzusetzen, stößt jedoch auf zwei große Schwierigkeiten: Zum einen müsse die Reichsversicherungsordnung geändert werden und zum anderen seien die Beiträge nicht beliebig ausweitbar. Es wurde vor der Hoff-

nung gewarnt, daß das Problem via Krankenversicherung in der nächsten Zeit gelöst werde. PICARD schlug eine Finanzierung aus dem Bundesetat vor, wie dies bei der Rentenversicherung z. T. schon der Fall ist. Man könne nicht einsehen, warum man nicht der gesetzlichen Krankenversicherung einen solchen Ausgleich für soziale Aufgaben geben solle. Er forderte für den ambulanten und komplementären Bereich eine Strategie, die man versuchen sollte, massiv durchzusetzen.

Unter dem Aspekt einer möglichen Umverteilung der Mittel wurde die Frage gestellt, ob z. B. vier Milliarden für Heilverfahren gerechtfertigt seien und ob man für die somatische Medizin, die doch bisher praktisch keinen Beschränkungen unterworfen war, nicht doch oft zuviel tue.

Das Problem der Finanzierung wurde zusammengefaßt in der Weise, daß, wo immer die Finanzierung herkomme, letztlich sie der Steuerzahler bzw. der Beitragszahler bezahlen müsse. Es kann daher nur darum gehen, daß man sinnvoll verteilt oder daß man sich damit abfindet, daß die Psychiatrie das fünfte Rad am Wagen ist und benachteiligt bleibt. So sind z. B. die Pflegesätze in den Heimen sehr viel niedriger als im Krankenhaus. Das könne bedeuten, daß Leute, die etwas Besseres machen, dafür in gewissem Sinne bestraft werden. Auch im klinischen Bereich hat es sich gezeigt, daß demjenigen, der in der Klinik Betten einspart, Personal entzogen wird. Das sind Mechanismen, unter denen keine Verbesserung, keine Reform möglich ist. Doch mit dem Argument der hohen Kosten einer Reform komme man hier nicht voran, das ernüchtere nur und führe zu einer Resignation, die gefährlich ist.

Benannt wurden dann konkrete sozialpolitische Ansätze für sinnvolle Veränderungen im Verteilungsprozeß. Ein Beispiel: Das Wachstum psychosomatischer Kurkliniken im Alpenvorland und in den Mittelgebirgen. Obwohl die Enquete in der Empfehlung von Kurkliniken für neurotisch und psychosomatisch Kranke sehr zurückhaltend und kritisch gewesen ist, ist ausgerechnet hier in wenigen Jahren ein Zuwachs erreicht worden, der offenbar den unvertretbar hohen Bestand von rund 10.000 Betten erbracht habe. Das ist ein Phänomen, das unter dem Gesichtspunkt sinnvoller Verteilung der Mittel geprüft werden müsse. Sozialpolitisch gedacht, fällt es im Sinne einer gerechten Verteilung der Gewichte schwer, die fehlende soziale Absicherung von Pflegebedürftigkeit im Alter und von bestimmten Rehabilitationsmaßnahmen für psychisch Kranke der komfortablen Absicherung von Kurbedürfnissen als nachrangig gegenüberzustellen. Hier wäre z. B. ein Ansatz für eine geänderte Verteilung der Mittel.

Die Frage der Effektivitätskontrolle wurde teilweise sehr kontrovers diskutiert. Zielsetzung der geforderten Effektivitätskontrollen sei es, den optimalen Einsatz der meist unzureichenden Finanzmittel und die bestmöglichen Hilfs- und Behandlungsmethoden für psychisch Kranke zu ermitteln. Es wurden die Punkte Prävention, Psychotherapie und psychiatrische Versorgung diskutiert.

Die mangelhaften Voraussetzungen einer wissenschaftlichen Begleitung von Versorgungssystemen und Programmen, der unzureichende Aufbau der Ver-

sorgungsforschung in der Bundesrepublik wurde an den aufschlußreichen Ergebnissen der Mannheimer Untersuchungen deutlich. Es wurde dringend gefordert, für die präventive Arbeit mehr Beratungsdienste anzubieten. Es bestehe die Notwendigkeit, auch im sozialen Bereich Bereitschafts- und Notfalldienste anzubieten, die im Gesundheitswesen - aus der Idee der Abwendung von Lebensgefahr - selbstverständlich seien: In Mannheim habe man die Erfahrung gemacht, daß auch nachts, an Sonn- und Feiertagen soziale Interventionen, dringliche soziale Hilfeleistungen nötig seien. Die medizinischen Notfall- und Kriseninterventionsdienste brauchten zu der Zeit, zu der die normalen sozialen Dienste Freizeit hätten, einen Partner. Ein „Rund-um-die-Uhr-Dienst“, ähnlich wie in der Medizin, sei auch für die sozialen Dienste unumgänglich.

Beim Thema Psychotherapie waren aktuelle Schwerpunkte der Debatte vor allem die Wirksamkeit der Psychoanalyse und die Notwendigkeit eines Psychotherapeutengesetzes. Es wurde bezweifelt, daß die Mehrzahl der Störungen erfolgreich durch analytische Psychotherapie behandelt werden könne. Zumindest gebe es keine ausreichenden Untersuchungen über die Effektivität. Es wurde die Vermutung geäußert, daß nicht nur schon jetzt kein Bedarf mehr an stationärer Psychotherapie bestehe - besonders, wenn sie analytisch zeitaufwendig und kostspielig sei - sondern daß man ganz allgemein einem Pseudo-bedarf hinterhergelaufen sei. Man könne sich des Eindruckes oft nicht erwehren, daß man der Bevölkerung und unseren Mitmenschen einfach nicht mehr zumuten wolle, normale Belastungen zu ertragen. Es gebe in der Psychiatrie überhaupt keine Therapieform, die auch nur annähernd wissenschaftlich so gut gesichert wäre wie die Behandlung verschiedener Krankheiten, etwa der endogenen Psychosen, mit bekannten Medikamenten. Bei der Behandlung der endogenen Psychosen gebe es kein anderes Therapieverfahren, das hinsichtlich der Erfolgsaussicht auch nur annähernd vergleichbar wäre.

Es wurde festgestellt, daß in vielen Bereichen der Psychiatrie, besonders bei leichteren Störungen, zwar mit guten Gründen behandelt wurde, obwohl eine wissenschaftliche Fundierung des Handelns, eine nach Erfolgschancen und Risiken abgesicherte Therapiemethode dort noch fehle. Als Zielvorstellung sollte man daher die wissenschaftliche Fundierung stets im Auge haben. Gerade im Psychotherapiesektor, der eigentlich die komplexeste und schwierigste Form von Therapie darstelle, könne man am meisten Unsinn machen. Es gäbe Gruppenprozesse, sowohl im Alltag wie auch im therapeutischen Bereich, welche bei einem Zustand nützlich, bei einem anderen Zustand dagegen risikoerhöhend seien. Es sei deshalb dringend erforderlich, mehr Anstrengungen zur Verbesserung unseres Wissens um Indikation, Wirksamkeit und Risiken gut definierbarer Techniken der Psychotherapie zu unternehmen. Es sei zugleich wichtig, auf verwirrend komplexe, nicht standardisierbare und kontrollierbare psychologische Interventionen zu verzichten oder zumindest Personen, die mit einem erhöhten Risiko ausgestattet seien, psychisch zu erkranken, davor zu bewahren. Es wurde bestätigt, daß die negative Wirkung von Psychotherapie viel zu wenig in der wissenschaftlichen Literatur diskutiert werde.

Die Beurteilung von negativen Resultaten in der Psychotherapie scheine deshalb auch schwierig zu sein, weil man an bestimmte Fakten nicht herankomme. Grund hierfür sei, daß negative Resultate oft psychoanalytisch interpretiert als narzißtische Kränkung erlebt würden.

Die Frage nach einem Psychotherapeutengesetz wurde bejaht: Schließlich sei die Allgemeinheit davon betroffen, die die Therapeuten bezahle. Außerdem müsse man praktisch abhängige Kranke davor schützen, daß nicht irgendwelcher Unfug an Stelle sinnvoller Therapie mit ihnen gemacht werde. Wenn die Vielfalt verschiedener, unseriöser oder mindestens nicht ernstzunehmender therapeutischer Verfahren zum Schütze der wirklich Behandlungsbedürftigen zurückgedrängt werden solle, dann brauche man dringend eine gesetzliche Regelung.

Eine Effektivitätskontrolle für Modelle der psychiatrischen Versorgung wurde von allen Teilnehmern der Podiumsdiskussion für notwendig erachtet. Dabei stand besonders das derzeitige Modellprogramm der Bundesregierung im Brennpunkt der Diskussion. Nach den Vorstellungen des BMJFG's soll das vorhandene Ist zu einem Soll entsprechend der Vorstellung der Länder aufgefüllt werden. Diese Vorschläge der Länder will der Bund dann über fünf Jahre finanzieren. Danach sollen die Ergebnisse verglichen werden. Wenn nach fünf Jahren die Modellaktion auslaufe, trete allerdings das Problem der Anschlußfinanzierung auf.

Ein anderer wichtiger Aspekt sei die wissenschaftliche Begleitung der Modelle und die Konsequenzen aus den Ergebnissen. Der Sinn eines Modells sei es ja, zu Folgerungen für die Zukunft zu kommen. Das BMJFG wird die Länder auffordern, die wissenschaftliche Begleitung vor Ort im Einvernehmen mit den jeweiligen Projekten zu klären, um dann zu auswertbaren Ergebnissen zu kommen.

Die Reaktionen auf diese Vorstellungen des BMJFG'S über die Art der wissenschaftlichen Begleitung waren sehr skeptisch. Erfahrungen mit Modellversuchen, bei denen sich die Projektgruppen selbst evaluierten, hätten gezeigt, daß in der Regel nur das herauskommt, was hineingefüttert worden ist. Es müßten daher vom Projekt unabhängige wissenschaftliche Begleitprogramme geschaffen werden. Als wichtige Fragestellungen, die es zu evaluieren gelte, wurden genannt:

- a.) was bestimmte Organisationsformen der Versorgung,
- b.) was bestimmte präventive, therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen und
- c.) was bestimmte Therapieangebote effektiv zu leisten vermögen.

Wie tief eine solche wissenschaftliche Begleitung bei einem Modellprojekt ins Detail gehen soll und kann, sollte vorher ebenso wie das ganze Design der Evaluation sorgfältig geplant werden. Eine wissenschaftliche Begleitung für das Ergebnis der Modellfinanzierung des Bundes sei außerordentlich wichtig.

Deshalb wurde auch ein Mitspracherecht des Bundes bei der Sicherung der wissenschaftlichen Auswertbarkeit gefordert. Sehr kritisch wurde in diesem Zusammenhang der Plan des BMJFG's beurteilt, ein Organisationsunternehmen, nämlich die Prognos AG, mit der Erstellung der wissenschaftlichen Begleitprogramme zu beauftragen, die keinerlei Erfahrungen in diesem Bereich aufzuweisen hätte. Das BMJFG wurde aufgefordert, in Zusammenarbeit mit den Ländern zu prüfen, ob nicht z. B. diejenigen, die diese Enquete gemacht hätten, mit großer Wahrscheinlichkeit eine qualifiziertere wissenschaftliche Begleitung planen und sicherstellen könnten als die Prognos AG.

Der Skepsis, die bezüglich der wissenschaftlichen Begleitung in der Psychiatrie geäußert wurde, da die Psychiatrie überhaupt erst dabei sei, eine Wissenschaft zu werden, wurde entgegengehalten, daß man solide wissenschaftliche Instrumente zur Evaluation eines Versorgungsgebietes dieses Fach schon seit langer Zeit zur Verfügung habe. Man betreibe anspruchsvolle Versorgungsforschung nicht nur in Deutschland an einzelnen Stellen, sondern auch im Ausland mit großer Konsequenz, z. B. in den skandinavischen Ländern kontinuierlich seit zwanzig Jahren. In England gebe es eine Abteilung am Department for Health Social Security, die nur die Evaluation von Versorgungsdiensten zur Aufgabe habe, die Instrumente und das notwendige Wissen stünden eigentlich zur Verfügung.

Die Situation des engagierten wissenschaftlichen Psychiaters wurde als eine „seltsame Zwitterituation“ bezeichnet. Der größte Teil des Umgangs mit der Therapie von psychisch Kranken sei zwar immer noch Handeln aus Erfahrung, aus Theorie und persönlicher Meinung. Die Konsequenz sei eine unerwünscht große Meinungsvielfalt, die für den Laien verwirrend erscheine und manchmal selbst den wissenschaftlich fundierten Teil nur als eine Meinung unter anderen erscheinen lasse. Das habe manchmal zur Folge, daß überhaupt nichts mehr als zuverlässig erscheine. Deshalb müsse man das wissenschaftlich Gesicherte, das nach Chancen und Risiken abschätzbar ist, mit größerer Deutlichkeit herausstellen und etwas mehr Askese in der Einschätzung der eigenen Meinung üben. In der Öffentlichkeit müsse man weiter dafür werben, daß diese Reform vorangehe. Deshalb sollte die verwirrende Vielfalt engagierter und kontroverser Meinungen, die in den Medien gegenwärtig ebenso Niederschlag finde wie der sogenannte Psychoboom, nicht ohne rationale Information, ohne klare Sachdarstellung hingenommen werden. Für diese schwierige Aufgabe wisse man keine Lösung, außer derjenigen, daß man in vermehrtem Maße objektive Daten erhebe, beobachte und wissenschaftlich begleiten müsse, was getan wird.

Von dem jetzigen Modellprogramm forderten die Anwesenden, daß der Schwerpunkt auf Modelle zur gemeindenahen Versorgung, zur Krisenintervention, zur Nachsorge und zur komplementären Versorgung von chronischen Störungen gesetzt werden müsse.

Es wurde für die Bundesrepublik, ähnlich wie in England, eine zentrale Institu-

tion zur wissenschaftlichen Begleitung der psychiatrischen Versorgung gefordert, da die letzten Daten 1973 erhoben worden seien und es gebe in dieser Bundesrepublik keine einzige Institution, die seitdem die Entwicklung auf nationaler Ebene verfolgt habe. Es könne nicht eingesehen werden, weshalb sich Bund und Länder einfach weigerten, über dieses Thema einer gemeinsamen Einrichtung, die die wissenschaftliche Begleitung und Kontrolle, die Beobachtung der Weiterentwicklung und die daraus zu ziehenden Konsequenzen erst möglich macht, zu reden.

#### *Autoren*

Prof. Dr. U. BAUMANN, Direktor des Instituts für Psychologie, Universität Kiel.

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

Priv.-Doz. Dr. H. KATSCHNIG, Psychiatrische Universitätsklinik Wien, Direktor des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Sozialpsychiatrie, Wien.

Dipl.-Psych. J. KLUG, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim,.

Dr. H. KUNZE, Medizinalreferent des Landeswohlfahrtsverbands Hessen, Kassel.

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

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

Prof. Dr. H. SCHEPANK, Direktor der Psychosomatischen Klinik am Zentralinstitut, Mannheim.